Handelsbanken | Liv

SKADEANMÄLAN
Förtidskapital/sjukkapital/barnskydd

Försäkrad

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer	Ort	

Försäkrat barn

Namn	Personnummer

Anmälan avser

☐ Handelsbankens Privatförsäkring ☐ Handelsbankens Livförsäkring för företagare ☐ Handelsbankens Livförsäkring ☐ Gruppförsäkring

Ansökan om utbetalning av förtidskapital (inkl premiebefrielse)

Datum

Från vilket datum har du varit oavbrutet sjukskriven?

Förtidskapital kan erhållas enligt nedanstående alternativ.

Alternativ A

Om du, på grund av sjukdom eller olycksfall, före fyllda 60 år drabbats av arbetsoförmåga som före fyllda 62 år leder till minst halv sjukersättning som inte är tidsbegränsad enligt lagen om allmän försäkring.

☐ Jag ansöker om utbetalning av förtidskapital enligt alternativ A.

Alternativ B

Om du, på grund av sjukdom eller olycksfall, före fyllda 62 år drabbats av arbetsoförmåga som har lett till minst halv aktivitetsersättning eller halv tidsbegränsad sjukersättning enligt lagen om allmän försäkring i minst 36 månader i följd och direkt därpå beviljas minst halv sådan ersättning för ytterligare minst tolv månader.

☐ Jag ansöker om utbetalning av förtidskapital enligt alternativ B.

Ansökan om utbetalning av sjukkapital

Sjukkapital kan erhållas om du, på grund av sjukdom eller olycksfall, drabbats av arbetsoförmåga som före fyllda 55 år leder till hel aktivitetsersättning eller hel sjukersättning enligt lagen om allmän försäkring.

☐ Jag ansöker om utbetalning av sjukkapital enligt ovan.

Ansökan om utbetalning av barnskydd

☐ Utbetalning på grund av aktivitetsersättning eller bestående arbetsoförmåga.

Vid aktivitetsersättning, bifoga kopia av Försäkringskassans beslutsmeddelande, promemoria samt läkarutlåtande.

Har barnet uppburit vårdbidrag från Försäkringskassan? Bifoga i såfall kopior av samtliga vårdbidragsbeslut.

☐ Nej ☐ Ja, fr o m t o m

Utbetalning

För Handelsbankens Livförsäkring för företagare ange ägarens kontonummer
Avseende barnskydd: om barnet är omyndigt ska beloppet insättas på överförmyndarspärrat konto.

Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn

ID 2022-10-04 16:43:29

HL653 2.3 2018-05-25

Handelsbanken Liv Försäkringsaktiebolag
Traditionell försäkring och fondförsäkring
Styrelsens säte: Stockholm
Organisationsnr: 516401-8284

Postadress:
Box 1325
SE-111 83 Stockholm
handelsbankenliv@handelsbanken.se

Gatuadress:
Blasieholmstorg 12

Telefon privat:
+46 (0)771 77 88 99

Telefon företag:
+46 (0)771 78 22 25

www.handelsbanken.se/forsakring

Handelsbanken | Liv

SKADEANMÄLAN
Förtidskapital/sjukkapital/barnskydd

Personnummer

Fullmakt/Underskrift

Jag medger att Handelsbanken Liv har rätt att ta del av de uppgifter från Försäkringskassan som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Medgivandet gäller inte inhämtande av journaler, läkarintyg och liknande handlingar. Jag förklarar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra inskränkningar i Handelsbanken Livs förpliktelser. Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv. Jag är medveten om att anmäld skada registreras i försäkringsbranschens gemensamma skaderegister (GSR).

Jag är medveten om att mina personuppgifter kommer att behandlas under avtalets giltighetstid för att Handelsbanken Liv ska kunna uppfylla sina förpliktelser enligt avtalet och enligt lag eller myndighetsbeslut. Uppgifter om min hälsa behandlas i syfte att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk med anledning av fullgörande av avtalet. Behandlingen sker enligt reglerna i Europeiska Unionens Dataskyddsförordning 2016/679 och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren. Närmare information om min personuppgiftsbehandling hittar jag på Handelsbankens hemsida, www.handelsbanken.se.

Ort, datum
Den försäkrades namnteckning (underskrift av vårdnadshavare om anmälan avser omyndigt barn)
Namnförtydligande

Returadress

Blanketten skickas till Handelsbanken Liv, Box 1325, 111 83 Stockholm

Information

Kopior på samtliga handlingar, som du beställer från Försäkringskassan, ska bifogas denna anmälan.

- Beslut om aktivitetsersättning eller sjukersättning
- De läkarutlåtanden som legat till grund för ovanstående beslut
- Försäkringskassans föredragningspromemoria/missiv
- Utredningsakt, om sådan finns

Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av gruppföreträdaren (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Företagets/gruppens namn			Telefon (inkl riktnummer)	Gruppavtal nummer
Anmälan avser ☐ GM ☐ MF ☐ Barn			Den sökande anslöts till avtalet	År, månad
Gruppmedlemmens personnummer	Personnummer		Medförsäkrads personnummer	Personnummer
Kopior på de ansökningshandlingar som finns för den försäkrade ska bifogas denna anmälan.				

Försäkringens omfattning

Gruppmedlem ☐ LIV ☐ FK	Försäkringsbelopp	Datum (år, månad)	☐ Sjukförsäkring ☐ Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
Medförsäkrad ☐ LIV ☐ FK	Försäkringsbelopp	Datum (år, månad)	☐ Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
Barn			☐ Olycksfall	Total premie betald t o m	År, månad	Belopp
Månadslön vid insjuknandet		Belopp	vid pensionstillfället		Belopp	

Ort, datum
Gruppföreträdarens namnteckning
Namnförtydligande