

Viktig information om skadeanmälan för premiefrielse och/eller ersättning från sjukförsäkring

För att vi ska kunna bedöma rätten till försäkringsersättning är det nödvändigt:

- att du besvarar frågorna i skadeanmälan fullständigt
- att du skickar oss de handlingar vi behöver för bedömningen, se nedan.

Om du ansöker om försäkringsersättning och har sjukpenning som betalas ut från Försäkringskassan ska du skicka oss följande handlingar:

- kopior på samtliga "Medicinskt underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom (så kallat läkarintyg)
- följande uppgifter som du begär från Försäkringskassan:
 - "Meddelande om utbetalning" (sänds månatligen från Försäkringskassan) alternativt
 - 036-bild - innehåller intyg om utbetald sjukpenning / annan ersättning

Om du ansöker om försäkringsersättning och har aktivitetsersättning eller sjukersättning som betalas ut från Försäkringskassan, ska du även skicka oss följande handlingar:

- uppgifter som du begär från Försäkringskassan:
 - kopia på Beslutsmeddelandet om beviljad ersättning
 - kopior på de medicinska underlag som legat till grund för Försäkringskassans beslut.

Har du några frågor är du välkommen att kontakta Handelsbanken Direkt, telefon 0771-77 88 99.

Observera: Så länge din rätt till ersättning inte har beviljats ska aviserad premie betalas.

SKADEANMÄLAN
 Premiefrielse och/eller
 ersättning från sjukförsäkring

Försäkrad		Försäkringsnummer
Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer	Ort	

Anställningsförhållanden - Sysselsättning vid insjuknandet

<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Enskild firma/Delägare i HB eller KB	<input type="checkbox"/> Anställd ägare/delägare i AB	<input type="checkbox"/> Arbetslös
Arbetsgivarens namn och adress			
Yrke/Sysselsättning		Månadslön vid arbete heltid/deltid vid insjuknandet	
Har du helt eller delvis börjat arbeta efter din arbetsförmåga?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om Ja: a) Ange till vilken grad, hel/deltid		b) Sedan när?	

Sjukdom och arbetsförmåga

Datum för insjuknande		
Vad är anledningen till din arbetsförmåga?		
Vad är namnet på din sjukdom?		
Har du tidigare haft denna eller liknande sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja: a) Vilken sjukdom?		b) När?
När märkte du de första symtomen på sjukdomen/sjukdomarna (uppgi även tidpunkt som inträffat före din arbetsförmåga)?		
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du för dina besvär första gången?		
Vilken/vilka läkare/vårdgivare och/eller kliniker/mottagningar har du anlitat?	Utdelningsadress	Postnummer och ort

Arbetsförmåga på grund av olycksfall

Är arbetsförmågan orsakad av ett olycksfall?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
När inträffade olycksfallet?	Datum	<input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritid
Om olycksfallet inträffade i alternativt på väg till eller från arbetet. Har du anmält det till AFA?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

ID 2022-10-04 16:41:39

HL638 2.4 2018-05-25

SKADEANMÄLAN

Premiefrielse och/eller
ersättning från sjukförsäkring

Personnummer

Ersättning som har samband med anställning/yrke - enligt lag eller avtal

Har du kollektivavtalade eller liknande förmåner som ger dig kompletterande sjukersättning utöver ersättningen från Försäkringskassan? Om du är osäker kontakta din arbetsgivare.		
<input type="checkbox"/> Inga <input type="checkbox"/> Ja, vilka?		
Har du under tiden du varit/är arbetsförmögen fått/kommer att få någon annan ersättning (till exempel bonus) från din arbetsgivare än ovan nämnd sjuklön?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om Ja, ange: a) vilken typ av ersättning	b) belopp i kronor?	c) när?

Försäkringar i andra bolag

Har du några privata sjukförsäkringar och/eller sjukförsäkringar som bekostas av arbetsgivaren (utöver denna)?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, ange försäkringarna nedan				
Försäkringsbolag	Ersättning per månad	Karenstid (t ex 3 månader)	Ersättningstid (t ex till 65 år)	Skattekategori P eller K

Utbetalning

Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn
----------------	-------------	--------------

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 bolagets riskbedömning får delges det återförsäkringsbolag som Handelsbanken Liv anlitar. Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv och återförsäkringsbolaget. 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	
Namnförtydligande	

Returadress

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