

## Skadeanmälan Premiebefrielseförsäkring och sjukförsäkring

### Försäkrad

Namn		Personnr		Försäkringsnr	
Adress		Postnr	Postort	Land (om annat än Sverige)	
Telefon		E-post			

### Återbetalning av ev. för mycket inbetald premie önskas (gäller ej tjänstepension)

Bankkontonr/Postgironr/Personkontonr	Bank
--------------------------------------	------

### Önskemål om utbetalningssätt (avser sjukförsäkring)

Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank	Kontoinnehavare
Personkonto		Kontonr	Bank	Kontoinnehavare

### Uppgifter om arbetsförmågan

Arbetsförmågan beror på		sjukdom	olycksfall
Vid sjukdom, ange namn/diagnos		När märktes de första symtomen?	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?			Ja Nej
Om "Ja"	Vilken sjukdom/diagnos?	När?	Hur länge?
Vilken läkare anlätades då? Ange läkarens namn och adress/sjukhus, klinik			
Vid olycksfall, beskriv under vilka omständigheter olyckan inträffade samt händelseförloppet			
När anlätades läkare? Ange datum		Ange läkarens namn och adress/sjukhus, klinik.	
Vilken läkare behandlar/kontrollerar dig för närvarande? (Ange läkarens namn och adress/sjukhus, klinik)			
Har du vårdats på sjukhus?			Ja Nej
Om "Ja"	Vilket sjukhus och vilken klinik?	När?	
Sedan när är du sjukskriven?			Fr.o.m. (år-mån-dag)
<b>OBS! Läkarintyg för samtliga sjukskrivningsperioder, beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning samt eventuella intyg för rehabiliteringsersättning ska bifogas.</b>			
Jag är fullt arbetsför			Fr.o.m. (år-mån-dag)
Har du varit arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månaderna närmast före den sjukskrivning som du har anmält här?			Ja Nej
Om "Ja"	Fr.o.m.-t.o.m.	Fr.o.m.-t.o.m.	Fr.o.m.-t.o.m.

# Skadeanmälan Premiefrielseförsäkring och sjukförsäkring

## Försäkrad

Namn	Personnr
------	----------

## Övriga försäkringsuppgifter

Har du någon premiefrielseförsäkring eller sjukförsäkring i annat försäkringsbolag?				Ja	Nej
Om "Ja"	Ange vilket försäkringsbolag	Ange försäkringsnr	Är skadan anmäld dit?	Ja	Nej
<b>Besvaras endast vid skadeanmälan avseende Futur PensionsPlan, DirektPension och/eller Individuell Tjänstepensionsförsäkring:</b>		Hade du en gällande tjänstepensionsförsäkring i annat bolag vid anslutningen till tjänstepensionsförsäkring i Futur Pension?		Ja	Nej

## Behandling av personuppgifter

Futur Pensions verksamhet står under tillsyn av Finansinspektionen. Personuppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – såsom premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess i enlighet med Futur Pensions etiska regler.

## Underskrift (Undertecknas av den försäkrade eller om denne inte är i stånd därtill, av behörig person)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att felaktiga uppgifter kan leda till att ersättning uteblir. Jag medger att Futur Pension får vidarebefordra information till sitt återförsäkringsbolag samt att mina personuppgifter får sparas i Futur Pensions försäkringssystem.

Telefon	E-post		
Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

## Futur Pensions noteringar

I kraft (år-mån)	Skattekategori	Karenstid: 3 mån 6 mån 12 mån	
Ansluten som fullt arbetsför		Datering (år-mån-dag)	
Hälsodeklaration		Datering (år-mån-dag)	
Premiefrielse (kr/mån)		Sjukförmån (kr/mån)	
Noteringar/Tillägg			
Godkänd	Avböjd	Datum	Namnteckning