

Skadeanmälan inkl fullmakt Premiebefrielseförsäkring och sjukförsäkring

Försäkrad/Fullmaktsgivare

Namn	Personnr	Försäkringsnr
------	----------	---------------

Uppgifter om arbetsoförmågan

Arbetsoförmågan 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)	
OBS! Läkartyg för samtliga sjukskrivningsperioder, beslut om sjukersättning eller aktivitetsersättning samt eventuella intyg för rehabiliteringsersättning ska bifogas.			
Jag är fullt arbetsför		Fr.o.m. (år-mån-dag)	
Har du varit arbetsoförmögen 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.

Önskemål om utbetalningssätt (avser sjukförsäkring)

Jag önskar få pengarna insatta på konto:	Kontoinnehavare	Bank	Clearingnr	Kontonr
--	-----------------	------	------------	---------

Övriga försäkringsuppgifter

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

Fullmakt för inhämtande av hälsouppgifter

Försäkrad/Fullmaktsgivare

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

Fullmaktshavare

Försäkringsbolag Futur	Adress Box 24012	Postnr 104 50	Postort Stockholm	Telefon 08 504 225 00
---------------------------	---------------------	------------------	----------------------	--------------------------

Fullmaktens syfte

Fullmaktens syfte är att Futur ska kunna bedöma detta dödsfall eller försäkringens giltighet genom att inhämta de handlingar som Futur anser vara nödvändiga för utredningen.

Fullmaktens omfattning

Futurs riskbedömning och skadereglering.

Fullmaktens innebörd

Fullmakten innebär att läkare, annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, Försäkringskassan eller annat försäkringsbolag, nuvarande eller tidigare arbetsgivare får lämna Futur de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg, m.m. som Futur anser sig behöva. Fullmakten innebär även Futur får vidarebefordra information till sitt återförsäkringsbolag, Hannover Re.

Fullmakten gäller

Fullmakten gäller tills dess den återkallas eller tills detta skadefall är avslutat. I det fall fullmakten återkallas innan skadefallet är färdigbehandlat kan ärendet komma att avslutas. Avser ärendet ersättning från försäkringen kan ersättning komma att avböjas. Avser ärendet bedömning av försäkringens giltighet kan försäkringen komma att ogiltigförklaras. Fullmakten gäller även vid skadereglering efter dödsfall i det fall där särskild fullmakt ej lämnats vid tecknandet av dödsfallsförsäkring.

Behandling av personuppgifter

Futur behandlar personuppgifter i enlighet med vad som anges i Allmän information om behandling av personuppgifter (www.futur.se/gdpr). Informationen kan även fås efter förfrågan till Futur.

Underskrift (undertecknas av den försäkrade/fullmaktsgivare eller om denne inte är i stånd därtill, av behörig person)

Jag medger att Futur och dess återförsäkrare från vårdgivare och vårdinrättningar inhämtar sådana uppgifter och handlingar (t.ex. patientjournaler, undersöknings- och provsvar) som de anser sig behöva för att reglera försäkringsärenden och för att kunna bedöma ersättningsanspråk. Jag medger att vårdgivare och vårdinrättningar utlämnar sådan information till Futur och dess återförsäkrare Hannover RE. Jag medger att informationen får vidarebefordras till samarbetspartners, medicinska rådgivare och återförsäkrare som Futur anlitar. Fullmakten gäller tills att den återkallas eller tills försäkringsärendet är slutreglerat. Fullmakten gäller även vid skadereglering som sker efter dödsfall. I det fall fullmakten återkallas innan ärendet har slutreglerats kan det att medföra att ersättningsanspråk inte kan utredas och att sökt försäkringsersättning jämkas eller uteblir.

Telefon	E-post		
Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande