

Skadeanmälan Premiefrielseförsäkring 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)

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnr	Kontonr	Bank	Kontoinnehavare
<input type="checkbox"/> Personkonto		Kontonr	Bank	Kontoinnehavare

Uppgifter om arbetsoförmågan

Arbetsoförmågan beror på		<input type="checkbox"/> sjukdom	<input type="checkbox"/> olycksfall
Vid sjukdom, ange namn/diagnos		När märktes de första symtomen?	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja"	Vilket sjukhus och vilken klinik?	När?	
Sedan när är du sjukskriven?			Fr.o.m. (år-mån-dag)
OBS! Läkartinng 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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja"	Fr.o.m.–t.o.m.	Fr.o.m.–t.o.m.	Fr.o.m.–t.o.m.

Försäkrad

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

Övriga försäkringsuppgifter

Har du någon premiebefrielseförsäkring eller sjukförsäkring i annat försäkringsbolag?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja"	Ange vilket försäkringsbolag	Ange försäkringsnr	År skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Behandling av personuppgifter

Futurs 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 Futurs 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 får vidarebefordra information till sitt återförsäkringsbolag samt att mina personuppgifter får sparas i Futurs försäkringssystem.

Telefon		E-post	
Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Futurs noteringar

I kraft (år-mån)	Skattekategori	Karenstid: <input type="checkbox"/> 3 mån <input type="checkbox"/> 6 mån <input type="checkbox"/> 12 mån	
<input type="checkbox"/> Ansluten som fullt arbetsför		Datering (år-mån-dag)	
<input type="checkbox"/> Hälsodeklaration		Datering (år-mån-dag)	
<input type="checkbox"/> Premiebefrielse (kr/mån)		<input type="checkbox"/> Sjukförmån (kr/mån)	
Noteringar/Tillägg			
<input type="checkbox"/> Godkänd	<input type="checkbox"/> Avböjd	Datum	Namnteckning