

Ifylld blankett skickas till:

Ikano Försäkring
Box 1202
172 24 Sundbyberg

Personuppgifter Försäkrad

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postort
Bank, clearing- och bankkontonummer		Försäkringsnummer

Skadeanmälan gäller Olycksfall Gå direkt till till avsnitt 1 Sjukdom Gå direkt till till avsnitt 2 Arbetslöshet Gå direkt till till avsnitt 3 Dödsfall Gå direkt till till avsnitt 41. Olycksfall Vuxen Barn

När hände olyckan?	Hur gick olyckan till?
Var hände olyckan	

(ev. fortsättning skrivs vid noteringar)

Underlag att bifoga

-
- Kopior av samtliga läkarintyg som skadeanmälan avser
-
-
- Vid ersättningsanpråk, samtliga kvitton i original

Var vänlig beakta att vi endast kan handlägga ditt ärende med erforderade intyg bifogade (samt underskrift).

2. Sjukdom Vuxen Barn

Sedan när har du haft besvären?	Diagnos?
När blev du arbetsoförmögen? (Ifylles ej för barn)	
Har du fått behandling för liknande diagnos tidigare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> När? _____	

(ev. fortsättning skrivs vid noteringar)

Underlag att bifoga

-
- Anställningsintyg från din nuvarande arbetsgivare (eller F-skattesedel om du är egenföretagare)
-
-
- Kopior av samtliga läkarintyg för den period som skadeanmälan avser

Var vänlig beakta att vi endast kan handlägga ditt ärende med erforderade intyg bifogade (samt underskrift).

Ifylld blankett skickas till:

Ikano Försäkring
Box 1202
172 24 Sundbyberg**3. Arbetslöshet**

Sedan när är du arbetslös?	Vilket datum upphörde anställningen?	Är/ var du aktivt arbetssökande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
När fick du besked om arbetslösheten?	Vilken typ av anställning hade du?	
Arbetade du heltid? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Tim/vecka _____	Orsak till arbetslösheten?	

Underlag att bifoga

- Kopia på Arbetsgivarintyg från senaste arbetsgivare.
- Om din senaste anställning varade kortare än 6 månader önskas även intyg från tidigare arbetsgivare.
- Intyg från Arbetsförmedlingen som visar att du är /var aktivt arbetssökande under den period som du gör anspråk på.

Var vänlig beakta att vi endast kan handlägga ditt ärende med erforderade intyg bifogade (samt underskrift).

4. Dödsfall

När skedde dödsfallet?

Underlag att bifoga

- Dödsfallsattest, underskriven av en läkare
- Bouppteckning eller släktutredning

Var vänlig beakta att vi endast kan handlägga ditt ärende med erforderade intyg bifogade (samt underskrift).

Noteringar**Underskrift Försäkrad/Förmyndare -Fullmakt**

Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) samt polismyndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som bolaget anser sig behöva för att bedöma förmånstagarens ersättningsanspråk.

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum_____
Underskrift_____
Telefon dagtid_____
Namnförtydligande