

## **Viktig information till dig som ska fylla i skadeanmälan.**

Här kommer din skadeanmälan. För att du ska få svar från oss så snart som möjligt ber vi dig att fylla i blanketten och bifoga de efterfrågade handlingarna.

## **Vilka handlingar ska bifogas med skadeanmälan?**

1. Arbetsgivarintyg där följande framgår:

- Anställningsform
- Datum för anställning
- Arbetsgivare samt organisationsnummer
- Besked om anställningens upphörande
- Anledning till anställningens upphörande

2. Intyg från Arbetsförmedlingen som visar att du är aktivt arbetsökande.

## **Vad händer efter att jag skickat in min skadeanmälan?**

När vi mottagit din skadeanmälan och de handlingar som efterfrågas ovan kommer vi att meddela dig ett beslut om din försäkring kan lämna ersättning. Detta besked får du inom 30 dagar.

Om något är oklart är du varmt välkommen att kontakta oss.

## **Vänliga hälsningar**

**Ikano Försäkring**

**Din skadeanmälan hittar du på nästa sida.**

**Skicka anmälan till**  
Ikano Försäkring AB  
Scheelevägen 19 A  
223 70 LUND

Skadenummer (ifylles av Ikano Försäkring)

### 1. Personuppgifter

För- och efternamn

Personnummer

Gatuadress

Försäkringsnummer Ikano Försäkring

Postnummer och ort

Telefon (hem):

E-postadress

Telefon (mobil):

Bank, clearing- och bankkontonummer

### 2. Din arbetslöshet

Sedan när är du helt arbetslös:

Vilket datum upphörde anställningen?

Är/var du aktivt arbetssökande?

Ja  Nej 

När fick du besked om arbetslöshet?

Vilken typ av anställning hade du?

Arbetade du heltid?

Ja  Nej  Tim/vecka

Orsak till arbetslösheten?

### 3. Underlag att bifoga

Vänligen bifoga följande intyg för att handläggningen ska gå så snabbt som möjligt.

- Kopia på Arbetsgivarintyg från din senaste arbetsgivare
- Om din senaste anställning varade kortare än 12 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. Fullmakt

Jag försäkrar att ovanstående upplysningar är riktiga. Samtidigt medger jag att försäkringskassan, a-kassan, arbetsförmedlingen, tidigare och nuvarande arbetsgivare, försäkringsinrättningar samt läkare och sjukvårdsinrättningar som jag anlitat eller kommer anlita, får lämna försäkringsgivaren erforderliga handlingar som behövs för bedömning av ersättningsfrågan. Om jag återgår i arbete eller studier på del- eller heltid och/eller får någon form av pension kommer jag omedelbart att meddela detta till försäkringsgivaren. Jag lämnar härmed mitt samtycke till att Ikano Försäkring (nedan kallade "personuppgiftsbehandlarna") behandlar sådana personuppgifter om mig som jag själv eller någon annan, har tillhandahållit till personuppgiftsbehandlarna ("personuppgifter") i syfte att administrera min försäkring. Med personuppgifter avses även personnummer och uppgifter om min hälsa. Med behandlar avses här varje åtgärd eller serie av åtgärder som vidtas i fråga om personuppgifterna, vare sig detta sker på automatisk väg eller inte, t.ex. insamling, registrering, lagring, ändring eller utlämnande av personuppgifterna till en tredje part. Jag samtycker även till att personuppgiftsbehandlarna får överföra personuppgifterna utanför den Europeiska Unionen. Om felaktigheter förekommer i personuppgifterna och jag önskar rättelse av sådana felaktigheter kan personuppgiftsbehandlarna kontaktas på Ikano Försäkring, Scheelevägen 19 A, 223 70 LUND.

Ort, datum

Underskrift