

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.

Vad gäller vid sjukskrivning?

För att få ersättning vid sjukskrivning ber vi dig sända oss läkarintyg som visar att du är/var helt arbetsoförmögen.

Vilka handlingar ska bifogas med skadeanmälan?

1. Samtliga läkarintyg för den period som du söker ersättning för.
2. Anställningsintyg som visar att du hade en tillsvidareanställning då försäkringen tecknades samt att du är sjukskriven från en tillsvidareanställning.

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 arbetsförmåga

Sedan när är du helt arbetsförmögen:

Diagnos?

Sedan när har du haft besvären:

Har du fått behandling för liknande diagnos tidigare?

Nej Ja När

3. Underlag att bifoga

För att handläggningen ska gå så snabbt som möjligt vänligen bifoga följande intyg:

Anställningsintyg från din nuvarande arbetsgivare (eller F-skattsedel 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).

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