

Anmälan om skada, Grupp försäkring



Sjuk

IFYLLS ALLTID

Arbetsgivarens/föreningens namn

Gruppavtal nr

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

Mejladress

Telefon dagtid (även riktnr)

UTBETALNING

Önskas insatt på

Clearingnummer

Kontonummer

Bank

Önskas insatt på

Kontonummer

Bankkonto

Personkonto

Kontonummer

Postgiro/Bankgiro

Avi

SJUKFÖRMÅNER

Hur är du anställd vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)

statlig tjänst

kommunal eller landstingstjänst

privat tjänst

egen företagare

arbetslös Fr.o.m:

Är du ITP- eller AGS-försäkrad?* (Vid eventuella frågor vänd dig till din arbetsgivare)

Om "ja", är du berättigad till ersättning därifrån?

Nej

Ja, ITP

Ja, AGS

Ja

Nej

*) ITP = tilläggspension för tjänstemän AGS = avtalsgruppsjukförsäkring för arbetare/tjänstemän

UPPGIFTER OM ARBETSOFORMÅGAN

Arbetsförmågan beror på

sjukdom

olycksfall

Arbetsförmågan/sjukskriven Fr.o.m.

Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)

När märktes de första symtomen?

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Om "ja", ange när

Sjukdomens namn

Ja

Nej

Fr.o.m.

t.o.m.

Vilken läkare anlätades då?

Läkarens adress

Vilken läkare anlitas nu?

Läkarens adress

Har du någon annan ersättning än sjukpenning – t.ex. aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller arbetsskadelivränta?

Ja, sedan den

Nej

Om "ja", i vilken omfattning?

Bifoga alla beslut från Försäkringskassan.

en fjärdedels

halv

tre fjärdedels

hel

Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete?

Ja

Nej

Är du idag fullt arbetsför?

Ja, sedan den

Nej

Var du arbetsförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månader närmaste före den sjukskrivning som du har anmält här? Detta har betydelse för eventuell karensförkortning. **Bifoga Försäkringskassan 037-bild.**

Ja

Fr.o.m.

t.o.m.

Fr.o.m.

t.o.m.

Nej

Har du någon annan sjukförsäkring?

Ja

Bolag

Försäkringsnummer

Nej

Är skadan anmäld dit?

Ja

Nej

Är du berättigad till ersättning därifrån?

Ja

Nej

Om "ja", vilken ersättning?

Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan) då du insjuknade. Om du har en sjukförsäkring vars ersättning inte är bestämd i kronor utan i procent ("Sjukförsäkring 90 %"), måste du bifoga en kopia av Försäkringskassans "Försäkringsbeslut" där registrerad årsinkomst vid insjuknandet framgår.

Månadslön kr	Ange vilken försäkringskassa du tillhör	
Län	Lokalkontor	Telefon

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr)
-------	--------------	------------------------------

VIKTIGT! Bifoga till denna anmälan

- datautskrift från Försäkringskassan som visar all din sjukhistorik (beställ en 037-bild från Försäkringskassan)
- kopia av de senaste läkarintygen för de sjukperioder som inte framgår av Försäkringskassans datautskrift
- kopia av Försäkringskassans beslut – om du har beviljats aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller arbetsskadelivränta
- kopia av Försäkringskassans "Försäkringsbeslut" där registrerad årsinkomst vid insjuknandet framgår – om du har "Sjukförsäkring 90 %" hos If.

Nedanstående uppgifter ska **endast gruppföreträdare för självadministrerade avtal** fylla i.

Nuvarande omfattning inkl tidigare ändringar	Anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Karens	Anslutning på full arbetsförhet	Anslutning med hälsodeklaration
Sjuk					
Sjuk					
Sjuk					
Sjuk					

Ej ansluten till sjukförsäkring

Ange sjukpremie	Premien betald till den	Avregistrerad, år, månad
-----------------	-------------------------	--------------------------

Eventuella övriga upplysningar

GRUPPFÖRETRÄDARENS UNDERSKRIFT

Datum	Gruppföreträdarens underskrift	Namnförtydligande
Telefon dagtid	Mejladress	



Skicka anmälan till:
If Skadeförsäkring
P100
106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27

