

## Information om skadeanmälan vid sjukskrivning

**För att vi ska kunna handlägga din skadeanmälan behöver du svara på frågorna i den bifogade skadeanmälan samt bifoga följande handlingar:**

- **Läkarintyg** - Du behöver bifoga fullständiga läkarintyg för sjukskrivning från insjuknandet och framåt. Dina läkarintyg finner du på inloggad sida på [www.1177.se](http://www.1177.se) under Intyg.
- **Underlag från Försäkringskassan** – Vi behöver få in underlag som visar att du beviljats sjukpenning eller sjukersättning. Vid beviljad sjukersättning (tidigare kallad förtidspension) behöver du även bifoga de medicinska underlag som legat till grund för Försäkringskassans beslut.

**Tänk på att:**

- Besvara alla frågor på sidan 1 och 2.
- Datera och signera skadeanmälan.
- Bifoga handlingarna som beskrivs ovan.
- Så länge vi inte har beviljat dig ersättning ska aviserad premie betalas.

Har du några frågor är du välkommen att kontakta oss på 0771-77 88 99.



<b>Försäkrad</b>		Försäkringsnummer
Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon (inkl riktnummer)
Postnummer	Ort	

**Anställningsförhållanden - Sysselsättning vid insjuknandet**

<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Enskild firma/Delägare i HB eller KB	<input type="checkbox"/> Anställd ägare/delägare i AB	<input type="checkbox"/> Arbetslös
Arbetsgivarens namn och adress			
Yrke/Sysselsättning		Månadslön vid arbete heltid/deltid vid insjuknandet	
Har du helt eller delvis börjat arbeta efter din arbetsförmåga?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om Ja: a) Ange till vilken grad, hel/deltid		b) Sedan när?	

**Sjukdom och arbetsförmåga**

Datum för insjuknande		
Vad är anledningen till din arbetsförmåga?		
Vad är namnet på din sjukdom?		
Har du tidigare haft denna eller liknande sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja: a) Vilken sjukdom?		b) När?
När märkte du de första symtomen på sjukdomen/sjukdomarna (uppgi även tidpunkt som inträffat före din arbetsförmåga)?		
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du för dina besvär första gången?		
Vilken/vilka läkare/vårdgivare och/eller kliniker/mottagningar har du anlitat?	Utdelningsadress	Postnummer Ort

**Arbetsförmåga på grund av olycksfall**

Är arbetsförmågan orsakad av ett olycksfall?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
När inträffade olycksfallet?	Datum	<input type="checkbox"/> I arbetet	<input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritid
Om olycksfallet inträffade i alternativt på väg till eller från arbetet. Har du anmält det till AFA?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

ID 2024-10-14 08:14:06

HL638 3.1 2024-10-14

Personnummer

**Ersättning som har samband med anställning/yrke - enligt lag eller avtal**

Har du kollektivavtalade eller liknande förmåner som ger dig kompletterande sjukersättning utöver ersättningen från Försäkringskassan?

Om du är osäker kontakta din arbetsgivare.

 Ja  Nej

Har du under tiden du varit/är arbetsförmögen fått/kommer att få någon annan ersättning (till exempel bonus) från din arbetsgivare än ovan nämnd sjuklön?

 Ja  Nej

Om Ja, ange: a) vilken typ av ersättning

b) belopp i kronor?

c) när?

**Försäkringar i andra bolag**

Har du några privata sjukförsäkringar och/eller sjukförsäkringar som bekostas av arbetsgivaren (utöver denna)?

 Ja  Nej

Om Ja, ange försäkringarna nedan

Försäkringsbolag	Ersättning per månad	Karenstid (t ex 3 månader)	Ersättningstid (t ex till 65 år)	Skattekategori P eller K

**Utbetalning**

Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn
----------------	-------------	--------------

**Fullmakt/Underskrift**

Jag medger att Handelsbanken Liv har rätt att ta del av de uppgifter från Försäkringskassan som kan vara nödvändiga för att bedöma min rätt till ersättning. Medgivandet gäller inte inhämtande av journaler, läkarintyg och liknande handlingar. Fullmakten gäller tills ärendet är slutreglerat eller tills den återkallas.

Jag förklarar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra inskränkningar i Handelsbanken Livs förpliktelser.

Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det återförsäkringsbolag som Handelsbanken Liv anlitat. Jag är medveten om, oavsett bedömningsresultat, att de uppgifter som Handelsbanken Liv erhåller om mitt hälsotillstånd samt skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv och återförsäkringsbolaget.

Bolaget använder sig av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Detta register innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning.

Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsföretag, tjänstepensionsföretag eller myndighet som handlägger likartade ersättningsanspråk. Ändamålet med GSR är att till försäkringsföretag, tjänstepensionsföretag och myndigheter som handlägger likartade ersättningsanspråk tillhandahålla ett underlag för att identifiera oklara försäkringsfall och ersättningsanspråk. Därigenom kan företag och myndigheter motverka utbetalning av ersättningar som baseras på oriktiga uppgifter liksom felaktig utbetalning från flera försäkringar för samma skada. Uppgifterna kan även användas i avidentifierad eller pseudonymiserad form för statistiska ändamål och analyser på aggregerad nivå.

Personuppgiftsansvarig för GSR är Skadeanmälningsregister (GSR) AB, Box 24171, 104 51 Stockholm. Se [www.gsr.se](http://www.gsr.se) för mer information om den behandling av uppgifter som förekommer i registret.

Jag är medveten om att mina personuppgifter kommer att behandlas under avtalets giltighetstid för att Handelsbanken Liv ska kunna uppfylla sina förpliktelser enligt avtalet och enligt lag eller myndighetsbeslut. Uppgifter om min hälsa behandlas i syfte att fastställa, göra gällande eller försvara rättsliga anspråk med anledning av fullgörande av avtalet.

Behandlingen sker enligt reglerna i Europeiska Unionens Dataskyddsförordning 2016/679 och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren. Närmare information om min personuppgiftsbehandling hittar jag på Handelsbankens hemsida, [www.handelsbanken.se](http://www.handelsbanken.se).

Namnförtydligande

Den försäkrades namnteckning

Ort, datum

**Returadress**

Blanketten skickas till Handelsbanken Liv, Skadereglering, Box 1325, 111 83 Stockholm