

Försäkrad

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer	Ort	

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> Handelsbankens Privatförsäkring	<input type="checkbox"/> Handelsbankens Livförsäkring för företagare	<input type="checkbox"/> Handelsbankens Livförsäkring
--	--	---

Ansökan om utbetalning av förtidskapital (inkl premiebefrielse)

Datum
Från vilket datum har du varit oavbrutet sjukskriven?
Förtidskapital kan erhållas enligt nedanstående alternativ.
Om du, på grund av sjukdom eller olycksfall, före fyllda 60 år drabbats av arbetsförmåga som före fyllda 62 år leder till minst halv sjukersättning som inte är tidsbegränsad enligt lagen om allmän försäkring.
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om utbetalning av förtidskapital enligt ovan.

Ansökan om utbetalning av sjukkapital

Sjukkapital kan erhållas om du, på grund av sjukdom eller olycksfall, drabbats av arbetsförmåga som före fyllda 55 år leder till hel aktivitetsersättning eller hel sjukersättning enligt lagen om allmän försäkring.
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om utbetalning av sjukkapital enligt ovan.

Bifoga

<ul style="list-style-type: none"> • Beslut om aktivitetsersättning eller sjukersättning • De läkarutlåtanden som legat till grund för ovanstående beslut

Utbetalning

För Handelsbankens Livförsäkring för företagare ange ägarens kontonummer.		
Clearingnummer	Kontonummer	Bankens namn

ID 2024-09-24 16:11:18

HL653 3.0 2024-04-18

Personnummer

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 skadeuppgifter registreras och arkiveras hos Handelsbanken Liv.

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 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.

Ort, datum

Den försäkrades namnteckning

Namnförtydligande

Returadress

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