

1- Försäkringstagare

Försäkringsnummer:

Namn: Efternamn:
Personnummer: Telefon / Mobil:
Adress:
Födelseort: E-Mail:

2- Anmälarens uppgifter (om annan än försäkringstagaren)

Namn: Efternamn:
Personnummer: Telefon / Mobil:
Adress:
Födelseort E-Mail:

3- Generella frågor om skadeanmälan

Har du tidigare gjort en skadeanmälan till CIGNA? Ja Nej
Om ja, var god ange datum, anledning och skadenummer:
Kommer skadeanmälan att göras till annat försäkringsbolag? Ja Nej
Om ja, var god ange försäkringsbolag, försäkringsnummer och skadenummer:

4- Arbetsförhållanden

Vilket var ditt senaste arbete?
I ditt senaste arbete, var du anställd eller egenföretagare?
Arbetade du i ett privat företag eller inom offentlig sektor?
Arbetsplats, adress, kontaktperson och telefonnummer:
Anställningsformen var: tillsvidareanställning tidsbegränsad anställning
Vilket datum startade din anställning?/...../..... Vilket datum upphörde din anställning?/...../.....
Hur många timmar per vecka arbetade du?
Vad är orsaken till den uppkomna arbetslösheten?
Har du inlett någon juridisk process till följd av din uppsägning? Ja Nej
Om ja, vänligen klargör för detta:
Erhåller du arbetslöshetsersättning?
Har du ansökt om andra arbeten?
Har du redan hittat ett nytt arbete? Ja Nej
Om ja, vänligen uppge datum:/...../.....

5- Uppgifter om lånet som betalskyddet är kopplat till

Låneinstitut:

Lånenummer:

Lånets startdatum: Låneperiod:

6- Checklista

Vänligen bifoga följande dokument:

- Kopia av försäkringstagarens (eller anmälarens) ID-handling
- Kopia av anställningskontraktet
- Arbetsgivarintyg där anledningen till arbetslösheten framkommer
- Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som arbetssökande
- Officiellt dokument om någon juridisk process pågår
- Andra dokument som kan vara användbara för CIGNA i skaderegleringen

Skadeanmälan skickas till

SBAB Låneskydd

c/o CIGNA

Box 5002

650 05 Karlstad

7- Skydd av personuppgifter

Personuppgifter som försäkringstagaren, den försäkrade, förmånstagare eller företrädare för någon av dessa uppger till försäkringsgivaren ("Personuppgifter") kommer att inkluderas i en Personuppgiftsdatas, som kontrolleras av och vars ägare är CIGNA Life Insurance Company of Europe S.A.- N.V. Filialen i Spanien (CIGNA), för följande ändamål: fullständig administration av den tecknade försäkringen, förhindrande och undersökning av bedrägeribrott, genomförande av marknadsundersökningar och för att erbjuda försäkringar och/eller sociala/hälso- och välfärdstjänster som tillhandahålls av försäkringsgivaren eller andra företag inom koncernen och till vilka personuppgifter kan överlåtas.

Härmed är försäkringstagaren, den försäkrade och i vad det angår förmånstagarna samt företrädare för någon av dessa vederbörligen informerade och de ger uttryckligen sitt samtycke till att CIGNA utger och/eller överför deras personuppgifter till de personer som handhar berörda försäkringar. Däri inkluderas återförsäkrande enheter eller medförsäkrare och andra enheter involverade i administrationen och insamlandet av försäkringspremierna genom olika betalningssätt, för ändamålen enligt ovan. Där inkluderas även företag som har sitt säte i länder som USA och där nivån av personuppgiftsskydd inte är likartad. I alla fall när det så begärs kommer CIGNA att tillhandahålla de ovannämnda personerna en uppdaterad lista med de enheter som kommer att ha tillgång till deras personuppgifter. CIGNA, ovannämnda enheter eller företag inom koncernen kan använda personuppgifterna under en period av sex (6) månader efter det att försäkringen har blivit uppsagd för ändamål som att säkerställa skälen för uppsägning, erbjudanden av andra produkter och administration av eventuella köp av dessa nya produkter. Om du inte vill att dina personuppgifter används för dessa ändamål efter uppsägning av försäkringen var god kontakta CIGNA på ett sådant sätt att identiteten kan säkerställas, t ex genom ett brev med kopia av id-handling.

Försäkringstagaren, den försäkrade och i vad det angår förmånstagarna samt företrädare för någon av dessa kan när som helst använda sin rätt att ta del av, ändra, säga upp och bemöta dessa sina personuppgifter i enlighet med lagstiftningen angående personuppgifter. Detta genom att kontakta, på ett sådant sätt att identiteten kan säkerställas (t ex genom ett brev med kopia av id-handling); CIGNA Life Insurance Company of Europe S.A.- N.V, Filialen i Spanien, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo No.1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón – Madrid.

Angående personuppgifter som ingår i försäkringen gällande annan person än försäkringstagaren, åligger det denne att informera dessa personer om att deras personuppgifter finns i ovannämnda databas, så väl som rörande andra angelägenheter nämnda i detta avsnitt gällande personuppgiftsskydd.

8- Underskrift

"Den undertecknade intygar härmed att all information som ges är enligt dennes kännedom fullständig, sanningsenlig och korrekt. Den undertecknade är därmed medveten om, att i de fall då olika falska uppgifter lämnats och som gjorts i samband med tecknandet av denna försäkring hos CIGNA, alla rättigheter kan komma att upphävas eller reduceras beroende på naturen av den givna informationen och de oriktiga uppgifterna.

Den undertecknade auktoriserar på samma gång CIGNA International och/ eller annat företag som representerar det senare, i vad som är relevant för försäkringen, att undersöka och få ut information som anses vara nödvändig och som har betydelse för försäkringen från relevant källa, speciellt från företaget där den undertecknade har arbetat.

I synnerhet ger den undertecknade sitt medgivande och uttryckliga tillåtelse till försäkringsbolaget CIGNA att erhålla relevant medicinsk information för bedömning eller övervägande av alla slags anspråk under försäkringen, från alla läkare och andra professionella som erbjudit sina tjänster under behandlingen, diagnosen eller rådgivningen av de olika sjukdomar som kan uppkomma."

Undertecknaren godkänner dessutom att en kopia av detta medgivande skall ha samma giltighet som originalet.

Underskrift:

Datum: