

# Skadeanmälan

## Arbetsförmåga



### 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- Yrke/Sysselsättning

Ditt nuvarande/dåvarande yrke? .....

Är/var du anställd eller egenföretagare? .....

Arbetsplats, kontaktperson och telefonnummer: .....

Adress till arbetsgivare/arbetsplats: .....

När var din sista arbetsdag? .....

Vad är/var dina arbetsuppgifter? .....

Påverkar ditt nuvarande tillstånd dessa arbetsuppgifter?  Ja  Nej

## 5- Uppgifter om arbetsförmågan

Orsak till arbetsförmåga:  Sjukdom  Olycksfall

Var god ange i detalj hur olycksfallet inträffade: .....

Var god ange diagnos till grund för arbetsförmågan: .....

Lider du av andra besvär som kan ha bidragit till ditt nuvarande tillstånd? .....

Datum då symptomen uppstod: .....

Har du tidigare varit arbetsförmögen på grund av liknande besvär?  Ja  Nej

Om ja, var god ange mellan vilka datum: f.r.o.m. .... t.o.m. ....

Var god ange uppgifter om läkare(n) som har behandlat dig under detta tillstånd: .....

## 6- Uppgifter om olycksfallet

Skall endast fyllas i om arbetsförmågan har orsakats av ett olycksfall.

När inträffade olyckan? .....

Hur uppstod olyckan? Var god beskriv så detaljerat som möjligt: .....

Var god ange datum och tid när olyckan inträffade: ..... klockan: .....

Vilka skador fick du? .....

Har ärendet rapporterats till polisen? Om ja, var god bifoga polisrapport eller en vidimerad kopia av denna.

Om det pågår någon rättsundersökning kring olycksfallet, var god ange kontaktuppgifter för den rättsliga instansen/representanten: .....

## 7- Sjukgymnastik

Om din försäkring inkluderar sjukgymnastik, var god svara på följande frågor.

Har du fått sjukgymnastik för ditt besvär?  Ja  Nej

Om ja, var god klargör för detta: .....

Antal dagar som du har fått sjukgymnastikbehandling: ..... dagar

Är behandlingen avslutad?  Ja  Nej

Om nej, var god ange när behandlingen kommer att avslutas: .....

## 8- Läkarens utlåtande

– skall fyllas i av behandlande läkare. Eventuella läkaravgifter betalas av den försäkrade

Är du den försäkrades ordinarie läkare?  Ja  Nej

Om ja, sedan när? .....

Om nej, var god uppge kontaktuppgifter för patientens ordinarie läkare:

Vänligen uppge den exakta diagnos som orsakat arbetsförmågan: .....

Vänligen uppge när de första symptomen visade sig ..... och patientens första läkarbesök .....

Har din patient tidigare lidit av detta eller ett liknande besvär?  Ja  Nej

Om ja, vänligen uppge detaljer kring detta: .....

Om nej, vänligen uppge sedan när patienten lider av sjukdomen/diagnosen: .....

Vänligen uppge detaljer kring diagnosen och hur din patients sjukdom har utvecklats: .....

Lider din patient av någon annan sjukdom som skulle kunna påverka rehabiliteringen? .....

Namn, adress, telefon- och faxnummer, underskrift, datum, titel, stämpel:

Om arbetsoförmågan är tillfällig, när beräknar du att din patient kommer att vara arbetsför igen? .....

### 9- Information från sjukhuset (ifylles av sjukhuset).

Denna avdelning skall inte fyllas i om du inte har varit inlagd på sjukhus.

Namn, adress och telefon: .....

Sjukhus/avdelning: .....

Ansvarig läkare: .....

Datum och tidpunkt då patienten lades in på sjukhus samt skrevs ut (eller förväntas skrivas ut): .....

Underskrift, datum, stämpel:

### 10- Uppgifter om lånet som betalskyddet är kopplat till

Låneinstitut: .....

Lånenummer: .....

Lånets startdatum: ..... Låneperiod: .....

### 11- Checklista

Vänligen bifoga följande dokument:

- Kopia av den försäkrades (eller anmälares) ID-handling.
- Läkarintyg som visar sjukdom/diagnos
- Journalutdrag om sjukhusvistelse förekommit
- Vid olycksfall: polisrapport eller annat officiellt dokument som hänvisar till olycksfallet.
- Officiellt dokument om någon juridisk process pågår.
- Andra dokument som kan vara användbara för CIGNA i skaderegleringen.

I fall av permanent arbetsoförmåga:

- Intyg från försäkringskassan som visar detta.

## Skadeanmälan skickas till

SBAB Låneskydd  
c/o CIGNA  
Box 5002  
650 05 Karlstad

## Övriga upplysningar

### 12- 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 överlämnas.

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.

### 13- 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 företag 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: .....

