



AXA
Box 7439
103 91 Stockholm

Tel 08-502 520 86
Fax 08-502 520 64
www.clp.partners.axa/se/

Skadeanmälan Pensionskraft - Sjukskrivning

Vänligen läs dessa instruktioner innan du fyller i anmälningsblanketten

Steg 1: Viktig information:

- För att få ersättning måste du ha en tillsvidareanställning alternativt vara egenföretagare.
- Försäkringen gäller inte sjukskrivning som inleds under försäkringens kvalificeringstid. Kvalificeringstiden vid sjukskrivning är 30 dagar från försäkringens tecknande.

Försäkringsbesked skickades till dig i samband med försäkringens tecknande.

Steg 2: Fyll i blanketten:

- Fyll i alla delar av blanketten – vi behöver all information för att handlägga ärendet skyndsamt.
- Skriv under blanketten – vi kan inte handlägga ärendet utan underskrift.

Steg 3: Underlag att bifoga:

- Kopia på arbetsgivarintyg från din nuvarande arbetsgivare. Det är viktigt att ditt intyg är aktuellt daterat och att anställningsform, anställningsperiod, timmar/vecka, arbetsgivarens kontaktuppgifter och organisationsnummer framgår.
- Egenföretagare sänder in F-skattsedel eller annat underlag som visar att du är egenföretagare enligt villkoren.
- Om du har bytt arbetsgivare sedan försäkringen tecknades behöver vi ett arbetsgivarintyg som styrker din anställning vid försäkringens tecknande. Kopior på samtliga läkarintyg som visar under vilken period du varit sjukskriven och orsak till sjukskrivning.
- Kopior på samtliga läkarintyg som visar under vilken period du varit sjukskriven och orsak till sjukskrivning.
- Vänligen observera att om du haft besvär sedan tidigare med samma/liknande diagnos så efterfrågas även tidigare handlingar som kan visa datum för första kontakt med vårdgivare.

**Vänligen sänd in alla dokument tillsammans för skyndsamt handläggning.
Häfta inte ihop handlingarna.**

Steg 4 : Hur du kan anmäla ditt ärende:

Du har följande alternativ att anmäla ditt ärende till oss:

- Du kan skicka anmälan till oss på följande adress: AXA, Box 7439, 103 91 Stockholm.
- Du kan skanna och skicka via e-post till: clp.se.kundservice@partners.axa

Steg 5: Vad händer sen?

När vi mottagit samtliga handlingar kommer vi att registrera ärendet. Vi har en handläggningstid på upp till 10 arbetsdagar, därefter kommer vi att skicka ett skriftligt beslut.

- Om försäkringen kan lämna ersättning kommer vi att informera er om belopp, vart och när ersättningen utbetalas.
- Om försäkringen inte kan lämna ersättning kommer vi att meddela anledningen.

Häfta inte ihop handlingarna

Personuppgifter:

Namn:

Gatuadress:
 Personnummer: -
 Telefon dagtid:

Postnummer: Ort: Har du tidigare haft ett ärende hos oss? Ja: Nej:

E-post:

Ja tack, jag vill få bekräftelse per e-post när mina handlingar har mottagits:

Ja tack, jag vill få bekräftelse per sms när mina handlingar har mottagits:

Kontouppgifter för utbetalning:

Observera att kontoinnehavaren måste vara samma som den försäkrade ovan

Bank:

Clearingnummer: Kontonummer:

Information om din sjukskrivning:

Sedan när är du sjukskriven:

Sedan när har du haft besvären:

Diagnos:

Har du mottagit behandling eller vård för samma eller relaterad diagnos tidigare: Ja: Nej:

Om ja, när: Kommentar:

Yrke:

Återgått i arbete: Ja: Nej: Om ja, när:

Häfta inte ihop handlingarna

Information om ersättning:

Ditt Försäkrade månadsbelopp är avsett för att täcka dina fasta kostnader för någon eller några av följande utgifter:

Dina månatliga avsättningar för privat pensionssparande, lån/krediter, hyra eller bostadsrättsavgift för bostad, hem/villaförsäkring, telefon/internet/tv, hushållsel, sophämtning, vatten/värme, avgift till tomt/samfällighetsförening, tomträttsavgift, hyra för parkeringsplats/garage, fordonsförsäkring, fordonsskatt.

Ersättning från försäkringen betalas månadsvis i efterskott till bankkonto tillhörande dig och du skall själv betala ovan nämnda utgifter.

Godkännande och samtycke:

Jag är helt sjukskriven och ansöker härmed om utbetalning av försäkringsersättningen enligt försäkringsvillkoren. Jag försäkrar att uppgifterna jag lämnat i denna skadeanmälan är riktiga. Jag förstår att försäkringsgivaren kan kräva återbetalning från mig om jag har lämnat felaktig information. Jag ger försäkringsgivarna AXA France IARD Sweden filial och AXA France Vie Sweden filial (bägge under namnet AXA) (bägge under namnet AXA) fullmakt och samtycke till att för min räkning begära och erhålla information från Försäkringskassa, fackförbund och arbetsgivare som skäligen kan behövas vid bedömningen av skadeanmälan. Om AXA skall begära hälsorelaterad information direkt från läkare och vårdinrättningar skall jag dock ges möjlighet att först ta ställning till detta och eventuellt lämna en särskild fullmakt. Jag förstår att jag på begäran ska sända de handlingar till AXA som kan krävas för bedömningen av skadeanmälan. AXA är ansvarig för lagring av data i enlighet med tillämplig lag. Om det förekommer fel i dina personuppgifter och om du vill att dessa skall rättas kan du skriftligen lämna in en sådan begäran till AXA. AXA är ansvarig för lagring av data i enlighet med tillämplig lag.

Jag försäkrar härmed att de uppgifter jag lämnat i skadeanmälan är riktiga och att jag har läst och förstått ovan godkännande och samtycke. Vänligen bekräfta din försäkran, ditt godkännande och samtycke genom att underteckna.

Datum:

d	d	m	m	å	å
---	---	---	---	---	---

Underskrift:

X

Jag samtycker till att AXA får använda elektronisk kommunikation, såsom e-post, när personuppgifter sänds i detta ärende. Detta samtycke omfattar dock inte rätt att sända hälsorelaterad information och information om arbete elektroniskt mellan AXA och utomstående enheter.

För mer information kring AXAs sekretesspolicy ber vi dig besöka <https://se.clp.partners.axa/home-se/sekretesspolicy.a>

Sänd in:

Du kan sända in din anmälan på följande tre sätt:

Post:	Fax:	E-post:
AXA Box 7439 103 91 Stockholm	08-502 520 64	clp.se.kundservice@partners.axa