

Försäkrad

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postort
E-post		Telefonnummer
Försäkringsnummer		Startdatum försäkring

Skadeanmälan avser:

 Sjukskrivning
Fyll i punkt 1 Arbetslöshet
Fyll i punkt 2 Dödsfall
Fyll i punkt 3**Punkt 1, Sjukskrivning****Olycksfall****Sjukdom**

Var hände olyckan?	Sedan när har du haft besvär?
När blev du sjukskriven?	När blev du sjukskriven?
Hur gick olycksfallet till?	Har du fått behandling för likande diagnos tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när?
	Diagnos
Handlingar som skall bifogas skadeanmälan vid sjukskrivning	
<ul style="list-style-type: none">Kopior av samtliga läkarintyg som skadeanmälan avserSamtliga utbetalningsbesked över utbetald sjukpenning från Försäkringskassan	

Punkt 2, Arbetslöshet

Sedan när är du arbetslös?	När påbörjades anställningen?	Är/var du aktivt arbetssökande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
När fick du besked om arbetslösheten?	Vilken typ av anställning hade du?	
Arbetade du heltid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, antal tim./vecka _____	Orsak till arbetslösheten?	
Handlingar som skall bifogas skadeanmälan vid arbetslöshet		
<ul style="list-style-type: none">Kopia av arbetsgivarintyg från senaste arbetsgivaren. Om din anställning varade kortare tid än 12 månader skall även intyg från föregående arbetsgivare bifogasSamtliga utbetalningsbesked från ArbetslöshetskassaOm du inte är med i arbetslöshetskassa: Intyg från Arbetsförmedlingen som visar att du är/var aktivt arbetssökandeOm du är egen företagare: beslut om konkurs eller likvidation samt utredning från konkursförvaltare eller likvidator		

Punkt 3, Dödsfall

Orsak till dödsfallet? <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Olycksfall	Ange sjukdomens art/diagnos eller ange hur olycksfallet gick till?
Ange dödsfallsdatum	På vilket sjukhus har den avlidne senast vårdats?
Handlingar som skall bifogas skadeanmälan vid dödsfall <ul style="list-style-type: none">• Dödsorsaksintyg utfärdat av läkare• Dödsfallsintyg och släktutredning utfärdat av Skatteverket	

Övriga noteringar

Underskrift och fullmakt av försäkrad, förmyndare eller dödsboets förvaltare

Jag medger att TPA Claims & Admin AB får inhämta upplysningar som är nödvändiga för bedömning av skadeanmälan från annan försäkringsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket, Arbetsförmedlingen, arbetslöshetskassa eller annan myndighet, kreditupplysningsbolag samt arbetsgivare. Vidare medges att TPA Claims & Admin AB från att inhämta hälsouppgifter från vårdgivare som berör denna skadeanmälan.

Information om behandling av personuppgifter TPA Claims & Admin AB (nedan kallad TPA Claims) har vidtagit åtgärder för att säkerställa att dina personuppgifter alltid är skyddade och att behandling sker i enlighet med GDPR (dataskyddsförordningen). Personuppgifter är alla uppgifter som kan användas för att identifiera dig. TPA Claims är personuppgiftsansvarig för den behandling som sker av dina personuppgifter. Behandling sker av anställda hos TPA Claims.

Personuppgiftsbehandlingen sker under avtals- och utbetalningsperioden samt efter avtalsperiodens slut om det är nödvändigt med anledning av avtalet. Stor försiktighet skall iaktas för att skydda den personliga integriteten. Av integritetsskäl kan vi heller inte sammanställa eller söka personuppgifter i löpande text. Som fysisk person har du rätt att genom en skriftlig begäran få besked om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Detsamma gäller om du vill begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift.

Med min underskrift bekräftar jag att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga

Ort och datum

Underskrift

Telefon dagtid

Namnförtydligande