



AXA
Box 7439
103 91 Stockholm

Tel 08-502 520 63
Fax 08-502 520 64
www.axapartners.se

Skadeanmälan Sjukskrivning

OBS! För snabbast handläggning av ditt ärende, gör din anmälan online! www.axapartners.se/skador

Vänligen läs dessa instruktioner samt dina försäkringsvillkor innan du fyller i anmälningsblanketten.

Steg 1: Viktig information:

- För att få ersättning finns det krav på vilken anställningsform du hade när du blev sjukskriven. Du hittar dessa krav i dina försäkringsvillkor.
- Försäkringen gäller inte sjukskrivning som påbörjas under försäkringens kvalificeringstid. Kvalificeringstiden vid sjukskrivning är 30 dagar från försäkringens tecknande.
- För att få ersättning ska du vara sjukskriven i minst den omfattning som försäkringsvillkoren tillåter.

**Försäkringsbesked skickades till dig i samband med försäkringens tecknande.
För att ta del av fullständiga villkor hänvisar vi till bankens/kreditinstitutets hemsida.**

Steg 2: Fyll i blanketten:

- Fyll i alla uppgifter i blanketten – vi behöver all information för att kunna handlägga ärendet så snabbt som möjligt.
- Bifoga samtliga handlingar som efterfrågas.
- Skriv under blanketten – vi kan inte handlägga ärendet utan underskrift.

Steg 3: Underlag att bifoga:

- Kopia på samtliga sidor av ditt 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.
- Om försäkringen omfattar egenföretagare behöver vi F-skattsedel eller annat underlag som visar att du är egenföretagare (enligt definitionen i villkoren).
- 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 att vi ska kunna handlägga och återkomma med besked så snabbt som möjligt. Häfta inte ihop handlingarna.

Steg 4: Hur du kan anmäla ditt ärende:

Du har följande alternativ att anmäla ditt ärende till oss:

- Du kan anmäla på: www.axapartners.se/skador - här kan du även följa ditt ärende.
- Du kan skicka anmälan till oss på följande adress: AXA, Box 7439, 103 91 Stockholm.
- Du kan scanna 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 och därefter 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.

Lån/kredituppgifter:

Vänligen ange genom vem du tecknade försäkringen samt dina lånenummer/försäkringsnummer. Du hittar ditt lånenummer, försäkringsnummer eller kontraktnummer i det försäkringsbrev som skickades till dig då du tecknade försäkringen. Du skriver ett namn och tillhörande nummer per rad.

Bank/långgivare/låneförmedlare:	<input type="text"/>	med nummer:	<input type="text"/>
Bank/långgivare/låneförmedlare:	<input type="text"/>	med nummer:	<input type="text"/>
Bank/långgivare/låneförmedlare:	<input type="text"/>	med nummer:	<input type="text"/>
Bank/långgivare/låneförmedlare:	<input type="text"/>	med nummer:	<input type="text"/>
Bank/långgivare/låneförmedlare:	<input type="text"/>	med nummer:	<input type="text"/>

Personuppgifter:

Namn:

Gatuadress:

Personnummer: -

Postnummer: Ort:

E-post:

Mobilnummer:

Vill du få uppdateringar gällande ditt ärende via SMS, vänligen markera denna ruta:

Meddelandena innehåller inte identifierande eller känslig information.

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

Kontouppgifter för betalning:

Fyll endast i nedan bankuppgifter och kontonummer om din försäkring innebär utbetalning till ditt konto och ej mot ditt lån. Vänligen se gällande villkor vad som gäller för just din försäkring. 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:

Har du återgått i arbete? Ja: Nej: Om ja, när:

Godkännande och samtycke:

Jag är 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) 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. 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:

Underskrift:

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>.

Sänd in anmälan på ett av följande sätt:

Post:

AXA
Box 7439
103 91 Stockholm

E-post:

clp.se.kundservice@partners.axa

För snabbast handläggning av ditt ärende, vänligen anmäl ditt ärende på vår hemsida:
www.axapartners.se/skador