

# Skadeanmälan

<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Premiefrielseförsäkring	Försäkringsnummer
---	--	-------------------

## Försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postadress (postnummer och ort)
Mobilnummer	E-post

Vid en utbetalning från sjukförsäkring vill jag att beloppet ska sättas in på konto

Clearingnummer	Kontonummer	Kontoförande bank
----------------	-------------	-------------------

## Uppgifter om arbetsoförmågan

Arbetsoförmågan beror på		
<input type="checkbox"/> Sjukdom	<input type="checkbox"/> Olycksfall	
Diagnos/Sjukdom/skadans namn		När märktes de första symtomen?
Har du tidigare haft besvär av liknande diagnos/ sjukdom/symtom? Om "Ja" när?	Vilken diagnos/sjukdom/symtom?	Hur länge?
<input type="checkbox"/> Ja När?	<input type="checkbox"/> Nej	
Vilken läkare anlätades då? (Läkarens namn och adress)		
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?		Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Allmänna medicinska frågor

När anlätades läkare? (datum)	Läkarens namn/sjukhus- klinik		
Vilken läkare sköter dig nu? (Läkarens namn/sjukhus- klinik)			
Har du vårdats på sjukhus? Om "Ja" vilket?	Fr.o.m.	T.o.m.	
<input type="checkbox"/> Ja Vilket?	<input type="checkbox"/> Nej		
Ange sjukskrivningens omfattning i procent. Läkarintyg/intyg för rehabiliteringsersättning måste bifogas	Fr.o.m.	T.o.m.	Omfattning %
	Fr.o.m.	T.o.m.	Omfattning %
	Fr.o.m.	T.o.m.	Omfattning %
	Fr.o.m.	T.o.m.	Omfattning %
Har du Sjukersättning eller Aktivitetsersättning?			
<input type="checkbox"/> Ja, sedan den:	<input type="checkbox"/> Nej		
Om "Ja" i vilken omfattning? Bifoga alla beslut från Försäkringskassan.			
<input type="checkbox"/> En fjärdedels	<input type="checkbox"/> Halv/halvt	<input type="checkbox"/> Tre fjärdedels	<input type="checkbox"/> Hel/helt
Är du idag fullt arbetsför?			
<input type="checkbox"/> Ja, sedan den:	<input type="checkbox"/> Nej		
Var du arbetsoförmögen mer än 14 dagar i följd någon gång under de 12 månaderna närmast före den sjukskrivning som du har anmält här?			
<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m.	T.o.m.	Fr.o.m. T.o.m. <input type="checkbox"/> Nej

Namn	Personnummer
------	--------------

### Ifylls alltid vid sjukförsäkring

Har du Sjukförsäkring med månatlig ersättning i något annat försäkringsbolag?		Om ja vilket/vilka bolag?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Är skadan anmäld dit?	Har du rätt till ersättning därifrån?	Om ja vilket/vilka belopp?	Är ersättningen inkomstskattepliktig?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du varit anställd vid sjukskrivningens början?	Om anställd, ange sedan när	Veckoarbetstid, timmar	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Eller har du varit helt eller delvis arbetslös vid sjukskrivningens början? (yrkesverksamhet)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Arbetsgivarens namn och adress	Din befattning	Arbetsuppgifter	
Ange månadslön före skatt vid insjuknandedagen	Är du ägare eller närstående till ägare?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vilka övriga sjukersättningar har du?			
<input type="checkbox"/> Enbart Försäkringskassan <input type="checkbox"/> ITP eller likvärdigt <input type="checkbox"/> Annan ersättning:			

### Ifylls om du insjuknat inom 18 månader från tecknade av försäkring hos PP Pension

Har du haft likvärdig sjukförsäkring tecknat i annat försäkringsbolag direkt i anslutning till denna försäkring?  Ja  Nej

För att du eventuellt ska kunna tillgodoräkna dig tid i annat försäkringsbolag vid bedömning av de sjukdomar som enligt våra villkor är undantagna under de 18 första månaderna, behöver du skicka in underlag från den andra försäkringsbolagen som visar:

- Namn på försäkringsbolag.
- Till och med datum för när sjukförsäkring och/eller premiebefrielseförsäkringen är betald i avlämnade försäkringsbolaget.
- Omfattning, belopp, nivå, karens för försäkringen i det avlämnade bolaget.
- Anslutningsdag, slutdag och status (tex ikraft eller i skada).
- Det måste framgå att det är det avlämnade försäkringsbolaget som skriftligen lämnat uppgifterna/underlaget.

### Hantering av personuppgifter

Information om insamlade personuppgifter sker i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 (GDPR)

Personuppgiftsansvarig: PP Pension Försäkringsförening, 802005-5573, samt PP Pension Fondförsäkring AB, 516406-0237 ("PP Pension").

PP Pension behandlar personuppgifterna för uppfyllande av sin avtalsdel och personuppgifterna kan behöva överföras till mottagare som utgör en del i avtalsförhållandet, vilket kan utgöra försäkringsgivare eller andra finansiella verksamheter. Personuppgifterna kommer att behandlas och lagras under avtalets löptid eller senast till den tidpunkt när lagenlig preskriptionstid, för fordringar med anledning av avtalet, har inträtt. För andra ändamål gallras uppgifterna så snart laglig grund för behandlingen upphört.

Mer information kring hur PP Pension behandlar personuppgifter samt vår personuppgiftspolicy hittar du på vår hemsida.

### Underskrift av försäkrad

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att PP Pension (med PP Pension avses här och nedan PP Pension Försäkringsförening och PP Pension Fondförsäkring AB) samt Scor Sweden Re har rätt att registrera och arkivera anmälda skador samt ta del av skadehandlingar och utredningsunderlag samt att de har rätt att i ett för branschen gemensamt skaderegister (GSR) registrera anmäld skada. (se information nedan)

Jag medger också att PP Pension och Scor Sweden Re för bedömning av sitt ansvar hos försäkringsbolag och annan försäkringsinrättning, Försäkringskassan, Skattemyndighet och annan myndighet, upplysningsföretag samt arbetsgivare, inhämtar de upplysningar som PP Pension anser nödvändiga för att bedöma om rätt till ersättning föreligger.

Datum	Underskrift
Telefonnummer där vi kan nå dig vid frågor	Namnförtydligande

### Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig försäkringsbolagen av ett gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret innehåller vissa uppgifter om skadan samt om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att bolagen får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag.

Namn	Personnummer
------	--------------

### Bolagets noteringar

Tidigare utformning (ifylls om avtalet ändrat utformning eller beloppet ändrats efter sjukperiodens början.)

I kraft (år, mån)	Index <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Skattekategori <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> P	Karenstid	Ev tidigare avtal nr	Bolag
Anm	Ersättningsbelopp		kr	kr	Ansluten (år, mån)
Noteringar:					
Handläggare					Datum