

Välj ersättning
 Allvarlig sjukdom Bestående men på grund av olycksfall

Personuppgifter och kontaktinformation

Den försäkrades namn		Personbeteckning
Adress	Postnummer	Postkontor
Företagets namn		FO-nummer
Den försäkrades e-postadress		Telefon

Vid begäran om kompletterande redogörelse kontakta mig i första hand per

brev e-post telefon

Observera att e-postförbindelsen inte är krypterad. Av datasekretesskäl sänder vi inte e-post som innehåller personbeteckning eller annan känslig information (t.ex. patientjournaler).

Jag ger mitt samtycke till att försäkringsbolaget har rätt att i mitt ersättningsärende sända mig meddelanden som omfattas av försäkringshemligheten till min ovannämnda e-postadress. Jag är medveten om att förbindelsen är okrypterad och på grund av att e-postsystemet inte är tryggt kan försäkringsbolaget inte garantera att kommunikation med e-post är tillförlitligt.

ja nej

Redogörelse för sjukdom eller olycksfall

Vilken sjukdom eller vilket olycksfall är det fråga om? (diagnos)

Sjukdomens begynnelse dag?	Dag då olycksfallet skedde?	När inleddes läkarvården?
----------------------------	-----------------------------	---------------------------

Namnet på vårdplats eller sjukhus

Om du tidigare på grund av samma skada eller sjukdom fått behandling eller undersökts, ber vi dig fylla i följande uppgifter

Vårdplatsens namn och adress	Datum
------------------------------	-------

Din beskrivning av sjukdomen eller olycksfallet

Företagshälsovårdens namn och adress

Från och med när har du använt ifrågavarande företagshälsovård?

Har du besökt läkare inom offentlig eller privat hälsovård under en tidsperiod på 12 månader innan försäkringen började gälla?
 ja (redogörelsen nedanför) nej

Redogörelse, plats, datum och orsak

Har du regelbunden medicinerings som ordinerats av läkare (t.ex. blodtrycksmedicin?)
 ja (redogörelsen nedanför) nej

Hurdan medicinerings och från och med när?

Uppgifter om krediten (Kreditgivaren fyller i)

Andelsbankens namn		FO-nummer
Adress	Postnummer	Postkontor
Den försäkrade kreditens nummer	Startdatum för kreditavtalet	
IBAN-nummer i Andelsbanken FI		
Banktjänstemannens namn, telefon och e-postadress		

Bilagor till ersättningsansökan

Kontrollera följande innan du sänder ersättningsansökan:

Alla punkter i ersättningsansökan har fyllts i.
 Ersättningsansökan har undertecknats.

Följande bilagor (kopior) har fogats till ansökan

PAD-utlåtande eller patientjournaler, av vilka framgår diagnosen på sjukdomen och det datum då den konstaterades (cancer).
 Patientjournaler av vilka framgår funktionsnedsättning och en exakt beskrivning av menet (stroke).
 Kopior av patientjournaler (hjärtinfarkt, bypass-operation av kransartärer, njurinsufficiens, stor organtransplantation, MS).
 Patientjournaler av vilka framgår funktionsnedsättning och en exakt beskrivning av menet (bestående men på grund av olycksfall).

Vänligen observera följande:

- 1 Ersättningshandläggningen kan inledas när alla ovannämnda bilagor till den undertecknade ersättningsansökan har sänts. När vi har fått ansökan jämte bilagor, handlägger vi den. Om vi inte kan fatta beslut utifrån de handlingar som sänts, ber vi om ytterligare information och informerar dig i ärendet.
- 2 Observera att vi inte returnerar handlingar i original. Vi rekommenderar att du sänder kopior till vårt bolag.
- 3 Mer information om hur du ansöker om ersättning får du genom vår ersättningstjänst per telefon 010 802 842 eller per e-post asiakaspalvelu@partners.axa.

Vi ber att du sänder ersättningsansökan jämte bilagor under adress
AXA/Ersättningstjänst, PB 67, 00501 Helsingfors

Förbindelse och befullmäktigande

Jag förbinder mig att använda alla de ersättningar som betalas utgående från denna ansökan till att betala min kredit till den kreditgivare som nämns i kreditavtalet. Jag godkänner att min försäkringsersättning betalas till ovannämnda konto, som kan ändras endast med kreditgivarens och undertecknads godkännande. Jag försäkrar att samtliga uppgifter jag lämnat är korrekta. Om någon av de ovannämnda uppgifterna som jag har gett (eller någon annan behörigen befullmäktigad person har gett för mig) är inkorrekt, inser jag att rätten till ersättningarna kan gå förlorad och försäkringsskyddet upphöra.

Jag befullmäktigar AXA för handläggning av denna ersättningsansökan att be om och ta emot uppgifter om mitt yrke och min hälsa samt andra nödvändiga uppgifter från min arbetsgivare, tidigare arbetsgivare, Arbetskraftsmyndigheter, arbetslöshetskassor, Folkpensionsanstalten, skattebyråer, läkare, sjukhus, hälsocentraler, mentalvårdsbyråer, försäkringsbolag och kreditgivare.

AXA underrättar kreditgivaren om betalning av ersättning samt om negativa ersättningsbeslut och förbinder sig att betala ersättningarna endast till det konto som nämnts ovan. Av det här befullmäktigandet får tas kopior.

Personbeteckning

Datum och ort

Den försäkrades underskrift och namnförtydligande

AXA/Asiakaspalvelu, PB 67, 00501 Helsingfors
asiakaspalvelu@partners.axa
Servicenummer 010 802 842