



# Skadeanmälan Nordax - 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 har en kvalificeringstid vilket innebär att sjukskrivning som infaller under försäkringens kvalificeringstid är undantagen ersättning. Kvalificeringstidstiden är 30 dagar från försäkringens tecknande för Nordax.

**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.
- Om du har bytt arbetsgivare sedan försäkringen tecknades behöver vi ett arbetsgivarintyg som styrker din anställning vid försäkringens tecknande.
- Egenföretagare sänder in F-skattsedel eller annat underlag som visar att du är egenföretagare enligt villkoren.
- Kopior på samtliga läkarintyg för den period som anmälan avser.

**Vänligen sänd in alla dokument tillsammans för skyndsamt handläggning.**

## Steg 4 : Hur du kan anmäla ditt ärende:

Du har följande alternativ att anmäla ditt ärende till oss:

- Du kan anmäla på: [www.clp.partners.axa/se/skada](http://www.clp.partners.axa/se/skada) - här kan du även följa ditt ärende.
- 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](mailto: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.
- Fram tills du har fått ett beslut gällande ersättningen ska du betala de låneomkostnader som aviseras från banken.

## Lån/kredituppgifter:

Ange **namnet** på de banker/kreditinstitut där du har ditt/dina försäkrade lån/krediter samt ett tillhörande **lånenummer, kontonummer eller kontraktsnummer**. Du skriver ett namn och tillhörande nummer per rad.

Bank 1:	<input type="text" value="Nordax"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>
Bank 2:	<input type="text"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>
Bank 3:	<input type="text"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>
Bank 4:	<input type="text"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>
Bank 5:	<input type="text"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>
Bank 6:	<input type="text"/>	med tillhörande nummer:	<input type="text"/>

## 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:

Genom att skriva mobiltelefonnummer nedan accepterar jag att få SMS-uppdateringar om ärendet. Meddelandena innehåller inte identifierande eller känslig information.

Mobiltelefon för SMS-kontakt:

*Skriv ut telefonnumret även om det är samma som ovan*

## 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 Financial Insurance Company-Sweden och Financial Assurance Company-Sweden (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 förstå 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. Jag förstår och samtycker till att all information i detta ärende kommer att lagras på datamedia om det är nödvändigt för behandlingen av skadeanmälan och kommer att användas för att AXA och eventuellt andra bolag inom AXA koncernen inom och utom EU och EES skall kunna behandla skadeanmälan. Om AXA inte är försäkringsgivare för försäkringen kan personuppgifterna om så behövs också skickas till försäkringsgivaren som kan finnas inom eller utom EU och EES. AXA är ansvarig för lagring av data i enlighet med tillämplig lag. Du har rätt att få besked om vilka personuppgifter om dig som behandlas/hur dessa behandlas och du begär det genom att skriva ett brev till AXA och be om besked enligt 26§ Personuppgiftslagen. 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. 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.

## 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