



ERSÄTTNINGSAKSÖKAN

FYLL I ALLA PUNKTER PÅ ANSÖKAN.
ERSÄTTNING SKALL SÖKAS INOM ETT ÅR FRÅN DET ATT FÖRSÄKRINGSFALLET INTRÄFFAT.

SJUKVÅRDSKOSTNADER
ARBETSOFORMÅGA
SJUKHUSVÅRD

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	
Namn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och postkontor
Ersättningsmottagaren	Telefon/mobiltelefon
Adress, om annan än den försäkrades	Postnummer och postkontor
Bank och kontor	Fullständigt kontonummer

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN
Försäkringens nummer

UTREDNING ÖVER SJUKDOMEN OCH DESS SYMPTOM SAMT NÄR SJUKDOMEN BÖRJAT (SKALL ALLTID UPPGES)
Har orsaken till sjukdomen varit <input type="checkbox"/> trafikskada <input type="checkbox"/> olycksfall i arbete <input type="checkbox"/> yrkessjukdom <input type="checkbox"/> tävlingsidrott eller träning för tävlingsidrott <input type="checkbox"/> annan orsak
Har den försäkrade tidigare haft liknande sjukdomar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Meddela när och vilka symptom.
Tillfrisknade du fullständigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tidigare vårdplatser/läkare och vårdtider

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT
Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig, samt andra försäkringbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter som berör mitt hälsotillstånd åt Aktia Livförsäkring Ab för behandling av ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan Aktia Livförsäkring Ab överläta detaljerade uppgifter, som berör mitt hälsotillstånd och min försäkring åt ovannämnda instanser.
Jag ger ovannämnda samtycke och försäkrar att de uppgifter jag har gett i den här ansökan är riktiga.
Ort och datum
Den försäkrades underskrift/Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande

ANVISNINGAR FÖR SÖKANDE AV ERSÄTTNING

Ersättning bör först sökas från Fpa och därefter från Aktia Livförsäkring.

Bifoga till ersättningsansökan

Sjukvårdskostnader

- Fpa:s ersättningsbeslut i original och kopior av tillhörande kostnadsverifikat eller betalningskvittot i original och kopior av tillhörande verifikat (ifall Fpa:s ersättning avdragits på läkarstationen)
- för medicinkostnader apotekskvittot i original och tillhörande recept, receptkopia eller apoteksräkning
- alla andra sjukkostnadsverifikat i original
- en eventuell sjukberättelse gällande läkarbesöket

Meddela resekostnaderna, om den individuella försäkringen är beviljad före 1988.

Arbetsoformåga

- vid dagsersättning kopior av läkarintyg, skattekort för biinkomst och Fpa:s beslut om sjukdagpenning
- vid premiebefrielse eller bestående arbetsoformåga kopior av läkarintyg och Fpa:s beslut om sjukdagpenning samt eventuellt pensionsbeslut

Sjukhusvård

- sjukhusräkningen och betalningskvittot i original eller annan utredning över att räkningen är betald

Aktia

Aktia Liv-
försäkring Ab
betalar
portot

Aktia Livförsäkring Ab

Kod 5000965

00003 SVARSFÖRSÄNDELSE