

**Nordea Försäkring Finland Ab**  
**Försäkringstjänster/Ersättningsansökan**  
**5009665-2478**  
**00006 SVARSFÖRSÄNDELSE**

Grundläggande uppgifter

Försäkringsnummer

Fyll i ansökan omsorgsfullt. En bristfälligt ifylld ansökan returneras för komplettering.

### Förmånstagare (försäkrad)

Förmånstagarens namn Personbeteckning

Adress Postnummer Postkontor

Telefonnummer

Skattesats eller skattesats på ändringskatteskortet av skattemyndigheten  
(utan uppgiften verkställs en förskottsinnehållning på 50 %)

‰

### Betalning av ersättning

Bankkontonummer (IBAN och SWIFT-kod)

Jag är företagare/yrkesutövare

Jag har ett minderårigt barn

Om du är företagare eller en person som bedriver företagsverksamhet i enlighet med försäkringsordlistan i produktbeskrivningen har du rätt att få ersättning till dubbelt belopp.

Med minderårigt barn avses den försäkrades barn som är under 18 år gammalt och antecknat som den försäkrades barn hos Befolkningsregistercentralen och som den försäkrade ska sörja för.

### Svara på de tre följande frågorna endast om du är företagare eller yrkesutövare.

Företagets namn, FO-nummer och din ställning i företaget

1.

2. Jag har en ledande ställning i aktiebolaget/företaget

Ja  Nej

Antal arbetstimmar per vecka timmar.

En hur stor procentandel av ovannämnda bolags aktier innehar du?

‰

3. Jag arbetar i ett företag där jag, min nära släkting eller vi tillsammans har ägarandel eller bestämmanderätt.

Ja  Nej

Meddela företagets namn, FO-nummer, ägarandelar samt din position i företaget.

Antal arbetstimmar per vecka timmar.

**Närmare uppgifter om arbetsförmåga (sjukledighet)**

Redogörelse för sjukdomen eller olycksfallet, med egna ord

Datum då sjukdomen började                      Tiden och platsen för olycksfallet  
**eller**

Tidpunkt då arbetsförmågan konstaterades

Namn på vårdinrättningen där du behandlades

Kontaktuppgifter till företagshälsovården

Om du ansöker om ersättning för sjukdom, har du tidigare undersökts eller behandlats på grund av sjukdomen i fråga?

Ja                       Nej

Om du svarade Ja, ange när, var och vem det var som undersökte eller behandlade dig.

**Behandling av personuppgifter**

Nordea Bank Abp, Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab kan utbyta uppgifter som behövs för hanteringen av ersättningsärendet och kundförhållandet.

**Samtycke**

Jag samtycker till att Nordea Försäkring Finland Ab och Nordea Livförsäkring Finland Ab kan utbyta särskilda personuppgifter, såsom uppgifter om hälsotillstånd, som behövs för hanteringen av ersättningsärendet och kundförhållandet.

**Fullmakt**

Jag ger Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab fullmakt att för att handlägga detta ersättningsärende be om personuppgifter som gäller mitt hälsotillstånd av läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, företagshälsovårdsenheter, psykiatriska kliniker, privata sjukvårdsanstalter, Folkpensionsanstalten och socialvårdens enheter som undersökt och behandlat mig och av andra försäkringsbolag samt försäkrings- och pensionsanstalter. Nordea Livförsäkring Finland Ab och Nordea Försäkring Finland Ab kan lämna specificerade uppgifter om mitt hälsotillstånd och min försäkring till parterna ovan för att inhämta nödvändiga uppgifter.

**Jag ger samtycket och fullmakten ovan och försäkrar att de uppgifter jag gett i denna redogörelse är riktiga.**

**Underskrift**

Ort och datum

Förmånstagarens underskrift och namnförtydligande

**Bilagor som behövs för ersättningsansökan. Det räcker med ett exemplar av kopior även om ersättning skulle sökas med stöd av flera olika försäkringar. Vi returnerar inte dokumenten i original.**

- En kopia av identitetshandlingen (pass, ID-kort, körkort) av den som undertecknat ansökan. Om du saknar finsk identitetshandling behöver vi en kopia av ditt pass eller annat resedokument.
- Läkarintyg från och med början av sjukdom eller olycksfall. Diagnosen och tiden av arbetsförmåga ska framgå av läkarintyget.
- Eventuella andra kopior av patientjournaler och läkarintyg i anslutning till ärendet.