

Ersättningsansökan

Mottagare Fennia Livförsäkring Ab PB 6001 02066 Docuscan		☐ Bestående arbetsförmåga ☐ Arbetslöshet ☐ Allvarlig sjukdom ☐ Tillfällig arbetsförmåga på grund av olycksfall		☐ Bestående arbetsförmåga på grund av olycksfall ☐ Bestående men på grund av olycksfall ☐ Tillfällig arbetsförmåga	
		Försäkrings nummer/Lånets nummer			

Den försäkrade (den skadades personuppgifter)	Namn		Personsignum		
	Adress, postnummer och postanstalt				
	Födelseland		Nationalitet/nationaliteter		
	E-postadress		Telefonnummer		
	Jag samtycker till, att försäkringsbolaget kan skicka åt mig meddelanden som gäller mitt ersättningsärende, som binds av försäkringssekretess till min ovanstående e-post. Jag är medveten om det, att förbindelsen är oskyddad och försäkringsbolaget inte kan garantera e-postkommunikationens tillförlitlighet.				
				☐ Ja	☐ Nej

Skattskyldig i Förenta staterna FATCA eller i andra länder CRS/DAC2 ¹⁾	Är du medborgare i Förenta staterna eller skattskyldig i Förenta staterna? ☐ Nej ☐ Ja Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____				
	Är du skattskyldig annanstans än i Finland? ☐ Nej ☐ Ja Beskattningsland: _____ Skatteidentifikationsnummer (TIN): _____				
	Jag förbinder mig att meddela om alla förändringar i omständigheterna, som inverkar på de angivna uppgifterna				
	Utredning av det politiska inflytandet ²⁾	Har du själv eller någon av dina närstående verkat i en betydande offentlig uppgift under det senaste året? ☐ Nej ☐ Ja			
		Vem har verkat i uppgiften och dennes släktskaps-/partnerskapsförhållande till dig?			
		I vilken uppgift?		I vilken stat?	
	IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod		

Försäkringstagare ☐ (samma som försäkrade)	Namn		Personsignum/FO-nummer	
	Adress, postnummer och postanstalt			
	E-postadress		Telefonnummer	
	IBAN-bankkontonummer		Bankens BIC-kod	

Kreditavtalets uppgifter (kreditgivaren fyller i)	Lånets beviljningsdag	Lånetid, mån.	Lånebelopp vid tidpunkten för händelsen	
	Namn och kontaktuppgifter på banken som beviljat lånet		FO-nummer	
	Bankens kontaktperson och E-postadress			

Utredning av sjukdomen/ olycksfallet	Är det en ☐ sjukdom ☐ skada	
	Sjukdomens begynnelse dag eller dagen när olycksfallet inträffade	Arbetsförmågans begynnelse dag
	En detaljerad utredning av vad som föranledde sjukdomen eller skadan	
	Har ni tidigare skadat samma kroppsdel eller varit sjuk i samma sjukdom eller haft symptom i anslutning till den? ☐ Nej ☐ Ja, när?	

Olycksfallets händelseuppgifter	Händelsen inträffade ☐ på arbete ☐ på arbetsresa ☐ på fritiden ☐ i trafikolycka ☐ på annat ställe, var?		
	Har polisutredning gjorts? ☐ Nej ☐ Ja Om polisutredning gjorts, ber vi att få polisutredningsprotokollet.		
	Var ni påverkad av alkohol eller annat rusningsmedel när olycksfallet inträffade? ☐ Nej ☐ Ja, vilket och förtärd mängd?		
Vårduppgifter	Läkarvårdens begynnelse datum		
	Läkarens och sjukhusets eller vårdinrättningens namn		
	Läkares namn, som vårdat senare samt vårdplatserna och vårdtiderna		
Arbetslöshet Uppgifter om arbetsförhållande Arbetsgivarens uppgifter	När började arbetsförhållandet?	När upphörde arbetsförhållandet?	Arbetstimmar/vecka
	Ert arbetsförhållande upphörde ☐ av arbetsgivarens ekonomiska/produktionsmässiga orsaker ☐ till följd av arbetsgivarens konkurs ☐ till följd av att ett tidsbundet arbetsförhållande upphörde ☐ på grund av permittering ☐ på egen begäran ☐ under prövotiden, av vilken orsak? ☐ av annan orsak än ovan nämnda, vilken?		
	Har ni anmält er till Arbetskraftsbyrån som arbetslös arbetssökande?		☐ Ja ☐ Nej
	Arbetsgivarens officiella namn		Telefon
	Näradress, postnummer och postanstalt		
Övrigt försäkringsskydd	Har på grund av samma sjukdom/olycksfall ansökts/erhållits ersättning på basen av olycksfallsförsäkringslagen? ☐ Nej ☐ Ja, försäkringsbolagets namn?		
	Har på grund av samma olycksfall ansökts/erhållits förmåner till följd av arbetsförmåga eller andra ersättningar på basen av pensionslagar eller frivilliga försäkringar? ☐ Nej ☐ Ja, försäkringsbolagets namn?		
	Har på grund av samma olycksfall ansökts/erhållits ersättning på basen av trafikförsäkringslagen? ☐ Nej ☐ Ja	Försäkringsbolag	Fordonets registreringsnummer
Samtycke till behandling av personuppgifter	Jag försäkrar att de angivna uppgifterna i denna anmälan är riktiga. Jag tillåter de läkare, sjukhus, Folkpensionsanstalten och övriga anstalter eller personer, som har uppgifter om mig och mitt hälsotillstånd att ge försäkringsbolaget de utredningar som bolaget anser nödvändiga för behandling av denna ansökan. ☐ Jag ger mitt samtycke till, att försäkringsgivarna och banken får överlåta åt varandra för skötsel av försäkringsavtalet och ersättningsärende nödvändiga personuppgifter om mig samt uppgifter som berör försäkrings- och kreditavtalet. Jag tillåter att uppgifter ges åt ett annat försäkringsbolag för behandling av skadefallets ersättningsärende.		
Underskrift	Ort och datum	Den skadades underskrift	
	Ort och datum	Sökandens underskrift och namnförtydligande (om annan än den skadade)	

Anvisningar för ifyllande av ersättningsansökan

Ersättningsansökans bilagor

Arbetslöshet:

Arbetsavtal, uppsägningsanmälan varav framgår orsaken till uppsägningen, skattekort för förmåner och TE-tjänsters intyg över att din jobbsökning är i kraft och arbetslöshetsdagpenningens betalningsverifikat.

Tillfällig arbetsoförmåga/Tillfällig arbetsoförmåga på grund av olycksfall:

- Sjukledighetsintyg och läkarintyg från början av sjukdomen eller olycksfallet. Diagnosen samt tidsperioden av arbetsoförmågan ska framgå av läkarintyget.
- skattekort för förmåner
- FPA:s/arbetsgivarens intyg över sjukdagpenning

Bestående arbetsoförmåga/bestående arbetsoförmåga på grund av olycksfall:

- B- eller E-läkarutlåtande
- Om ni har fått ett utlåtande för pension eller för annat eller om ni beviljats pension, bifoga en kopia av det till ansökan.

Bestående men på grund av olycksfall:

- B- eller E-läkarutlåtande.

Allvarlig sjukdom:

- Läkarintyg från början av sjukdomen samt diagnosen ska framgå av läkarutlåtande
- Andra patientjournaler och läkarintyg som kan vara väsentliga för ansökan.
- Akut hjärtinfarkt: Diagnos fastställd av specialist i inre medicin
- Akut hjärninfarkt: Bild-diagnostik fastställd av neurolog
- Cancer: Med histologisk forskning av patolog fastställd diagnos.

1) FATCA är en förkortning för orden Foreign Account Tax Compliance Act, som är skattelagstiftning i Förenta staterna. Ändamålet med nämnda lagstiftning är att igenkänna personer som är skattskyldiga i Förenta staterna och deras finanskonton och tillgångar, som de förvaltar utanför Förenta staterna.

CRS är "Common Reporting Standard" publicerad av OECD, enligt vilkas bestämmelser länder som undertecknat avtalet (Competent Authority Agreement) mellan behöriga myndigheter, har förbundit sig att utbyta uppgifter gällande finanskonton.

2) Lagen om förhindrande av penningtvätt och finansiering av terrorism förutsätter att kredit- och finansieringsinstitut utreder, om förmånstagaren för liv- eller annan placeringsförsäkring är en politiskt inflytelserik person.

Med närstående avses en persons

- maka/make, partner som jämställs med maka/make (dock ej sambo), barn, barns maka/make eller partner som jämställs med maka/make (dock ej sambo), förälder;
- bolagspartner eller en person, som har annat nära affärsförhållande med en person eller dennes familjemedlem som verkar i en betydande offentlig tjänst.

En betydande offentlig tjänst betyder att verka som

- a) statsöverhuvud, regeringens huvudman, minister, vice- eller biträdande minister;
- b) parlamentsmedlem;
- c) medlem i politiska partiers styrande organ;
- d) medlem i de högsta domstolarna, grundlagsdomstolen eller annan motsvarande rättsinstans, för vilkas beslut det inte annat än i undantagsfall kan ansökas om ändring;
- e) medlem i det högsta beslutande organet som granskar revisionsdomstolen och statens kapitalförvaltning som motsvarar statens revisionsverk;
- f) medlem i centralbankens direktion;
- g) diplomat eller chargé d'affaires;
- h) officer i försvarsmakten, som minst hör till generalitetet;
- i) medlem i förvaltnings- lednings- eller övervakningsorgan i ett av staten helägt företag; eller
- j) direktör, biträdande direktör eller styrelsemedlem i internationella samfund.

Rådgivning

Fennia Livförsäkring Ab
Telefon 010 572 1001