

AIG Europe S.A. filial i Finland  
Kaserngatan 44  
00130 Helsingfors



Kundtjänst: +358 (0) 203 03456  
Fax: +358 (0) 207 010 180  
E-post: finlandclaims@aig.com

## SKADEANMÄLINGSBLANKETT FÖR OLYCKSFALLS- OCH SJUKFÖRSÄKRING

### INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDEN

Vänligen fyll i blanketten noggrant.

För snabbare behandling av Ert ärende ber vi Er skicka följande bilagor med skadeanmälan: originalkvitto (sjukvårdskostnader), kopior av sjukjournaler, kopior av intyg över sjukfrånvaro, skattekort för socialbidrag, kopior av sjukhusfakturer (i fallet med sjukhusdagar eller sjukskrivning) och dödsattest och utdrag ur personregistret (vid död genom olycksfall).

Skadeanmälan med bilagor skickas till:

(Inom Finland, portot betalt)  
AIG Europe S.A. filial i Finland  
Tunnus 5008951  
00003 Vastauslähetyks

(Utanför Finland)  
AIG Europe S.A. filial i Finland  
Kaserngatan 44  
00130 Helsingfors

### UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Försäkringstagare	Försäkringsnummer
Jag söker ersättning från olycksfalls- och sjukförsäkring som tecknats av arbetsgivaren, medlemsförbund eller förening <input type="checkbox"/>	Jag söker ersättning från min egen personlig försäkring <input type="checkbox"/>
Namnet på försäkringsskydd (t.ex Olycksfallsförsäkring AH703)	

### ERSÄTTNINGSSÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Namn	Personbeteckning
Adress	
Postnummer	Stad
E-postadress	Telefonnummer
Kontonummer (IBAN)	Vems konto, om inte ersättningssökandes?

Vid ifyllandet av e-postadress godkänner Ni att försäkringsbolaget kan kontakta Er via e-post vid behandlingen av skadeanmälan.

### UPPGIFTER OM SKADEFALLET

Tidpunkt då skadan inträffade	Stad/Kommun	I händelse av olycka, har olyckan inträffat: på jobbet eller under en arbetsresa på fritiden
Skadan:		
Vårdkostnader <input type="checkbox"/>	Försträckning, vrickning eller bristning <input type="checkbox"/>	
Bestående men genom olycksfall <input type="checkbox"/>	Sjukhusdagar eller sjukskrivning <input type="checkbox"/>	
Död genom olycksfall <input type="checkbox"/>	Luxation <input type="checkbox"/>	
Fraktur eller brännskada <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>	
Inre skada <input type="checkbox"/>	Annat, vad: _____	

## UPPGIFTER OM SKADEFALLET

Har olyckan inträffat under en tävling arrangerad av en sportklubb eller förening eller under träning för det?

Nej  Ja, vilken sportklubb / förening och tävling: \_\_\_\_\_?

Har olyckan inträffat när du var under påverkan av alkohol eller av något läkemedel?

Nej  Ja

Ifall ersättning ansöks från cancerförsäkringen:

Ersättning söks för cancerdiagnos  Ersättning söks för operation på grund av cancer

Datum för cancerdiagnos \_\_\_\_\_ Datum för operation \_\_\_\_\_

Jag har aldrig fått diagnosen för cancer i någon del av min kropp eller för onormala maligna cellförändringar Nej  Ja

Vid ansökan för ersättning för sjukhusdagar eller sjukskrivning:

Tid tillbringad på sjukhus \_\_\_\_\_ Sjukskrivningsperiod \_\_\_\_\_

## SKADEDETALJER

Detaljerad beskrivning av skadefallet:

Ersättningkrav: \_\_\_\_\_

Är du försäkrad i ett annat företag när det gäller denna förlust?  Nej  Ja, företag?

## UNDERSKRIFT

Genom att tillhandahålla AIG Personuppgifter i samband med ditt anspråk, samtycker du till insamlande och behandling (inklusive användande och utlämnande) av dina Personuppgifter så som beskrivits i vår Integritetspolicy som är tillgänglig vid adressen [www.aig.com/fi-privacy-policy](http://www.aig.com/fi-privacy-policy) eller på begäran. Du samtycker särskilt till utlämnande av information internationellt. I den utsträckning som information om andra individer tillhandahålls (eller kommer att tillhandahållas) till AIG försäkrar du att du har informerat individen om Integritetspolicyens innehåll och att du har befogenhet att utlämna hans eller hennes Personuppgifter till AIG så som beskrivits i Integritetspolicyen.

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är korrekta. Jag samtycker även till att läkare, Folkpensionsanstalten eller andra instanser eller personer som har uppgifter om mig och mitt hälsotillstånd har rätt att lämna uppgifter till bolaget som kan anses vara nödvändiga för handläggningen av detta ärende.

Datum och ort

Ersättningssökandes underskrift