

AIG Europe Limited (Finland Branch)
Kasarmikatu 44
FI-00130 Helsinki
Finland

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



SKADEANMÄLINGSBLANKETT FÖR OLYCKSFALLS- OCH SJUKFÖRSÄKRING

INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDE

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 sjukhusfakturor (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 Limited
Tunnus 5008951
00003 Vastauslähetyt

(Utanför Finland)
AIG Europe Limited
Kasarmikatu 44
00130 Helsinki

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 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