

Skadeanmälan Collecti Låneskydd/Trygghetsförsäkring - Dödsfall

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB**Box 1141****171 22 SOLNA**Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com

1. Företrädare för dödsboet

För- & Efternamn	Personnummer
Adress	Postnr & Postadress
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Grunduppgifter förförsäkrad

För- & Efternamn	Kreditnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer

3. Kompletterande uppgifter

Dödsfallsdatum?(År, månad, dag)	Dödsfallsorsak?
---------------------------------	-----------------

4. När uppkom sjukdomen/olycksfallet som föranledde dödsfallet? (År, månad, dag)

5. Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Kopia av låneavtalet med Collecti AB
- Kopia på dödsorsaksintyg
- Kopia av dödsfallsintyg

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Sedgwick Sweden AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk. Utbetalning sker till Collecti AB.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande

Skadeanmälan Collecti Låneskydd/Trygghetsförsäkring – Ofrivillig Arbetslöshet

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB**Box 1141****171 22 SOLNA**Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com**1. Grunduppgifter för försäkrad**

För- & Efternamn	Kreditnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Uppgifter om din anställning (ange år, månad och dag)

Vilket datum påbörjades din senaste anställning?	Hur många timmar per vecka omfattade din senaste anställning?	Vilket datum fick du besked om att din anställning skulle upphöra?
Vilket datum upphörde din anställning?	Vilken anställningsform hade du?	Vad var anledningen till att din anställning upphörde?

3. Är/Var du inskriven på arbetsförmedlingen som aktivt arbetssökande under tiden somDu är/var arbetslös? Ja Nej **4. Är du fortfarande 100 % arbetslös? Ja Nej**

Om Nej, ange vilket datum du var åter i arbete _____

5. Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Kopia på Arbetsgivarintyg där anledning till uppsägning framgår
- Intyg från arbetsförmedlingen om inskrivning som aktivt arbetssökande
- Kopia av låneavtal med Collecti AB som bifogats denna skadeanmälan eller rekvirera handlingen från Collecti

6. Underskift:

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Sedgwick Sweden AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk. Utbetalning sker till Collecti AB.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB

Box 1141

171 22 SOLNA

Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com

1. Grunduppgifter förförsäkrad

För- & Efternamn	Kreditnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Uppgifter om din arbetsoförmåga (ange år, månad och dag)

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	From vilket datum blev du 100% sjukskriven?	Vilket datum anlätades läkare första gången för den Aktuella sjukdomen/ olyckan?
Är du fortfarande 100% sjukskriven? (JA/NEJ)	Om inte sedan när är du friskskriven eller sjukskriven på deltid?	Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?

3. Vänligen ange läkarens namn och kontaktuppgifter

4. Är/Var du anmäld till försäkringskassan under tiden som du är/var sjukskriven? Ja: Nej:

5. Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Sjukskrivningsintyg från läkare
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
- Kopia av låneavtal med Collecti AB som bifogats denna skadeanmälan eller rekvirera handlingen från Collecti
- Kopia på Arbetsgivarintyg

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsgivaren och skaderegleringsföretaget Sedgwick Sweden AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk. Utbetalning sker till Collecti AB.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande