



# Aktia

## ERSÄTTNINGSAKSÖKAN

SAMTLIGA PUNKTER PÅ ANSÖKAN SKALL FYLLAS I.  
ERSÄTTNING SKALL SÖKAS INOM ETT ÅR FRÅN DET ATT FÖRSÄKRINGSFALLET INTRÄFFAT.

- SJUKVÅRDSKOSTNADER
- ARBETSOFORMÅGA
- SJUKHUSVÅRD

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE	
Namn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och postkontor
Ersättningsmottagaren	Telefon/mobiltelefon
Adress, om annan än den försäkrades	Postnummer och postkontor
Bank och kontor	Fullständigt kontonummer

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN
Försäkringens nummer

UTREDNING ÖVER SJUKDOMEN OCH DESS SYMPTOM SAMT NÄR SJUKDOMEN BÖRJAT (SKALL ALLTID UPPGES)
Har orsaken till sjukdomen varit Trafikskada <input type="checkbox"/> Olycksfall i arbete <input type="checkbox"/> Yrkessjukdom <input type="checkbox"/> Tävlingsidrott eller dess träning <input type="checkbox"/> Annan orsak <input type="checkbox"/>
Har den försäkrade tidigare haft liknande sjukdomar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när och vilka symptom Tillfrisknade Ni fullständigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tidigare vårdplatser/läkare och vårdtider
<b>FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT</b> Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig, samt andra försäkringbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga personuppgifter som berör mitt hälsotillstånd åt Aktia Livförsäkring Ab för behandling av ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs, kan Aktia Livförsäkring Ab överlåta detaljerade uppgifter, som berör mitt hälsotillstånd och min försäkring åt ovannämnda instanser.  Jag ger ovannämnda samtycke och försäkras att de uppgifter jag har givit i denna ansökan är riktiga.
Ort och datum Den försäkrades underskrift/Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande

## DIREKTIV FÖR ANSÖKAN OM ERSÄTTNING

Ersättning bör först sökas från Fpa och därefter från Aktia Livförsäkring.

Till ersättningsansökan bifogas

### Sjukvårdskostnader

- Fpa:s ersättningsbeslut i original och kopior av tillhörande kostnadsverifikat eller
- betalningskvittot i original och kopior av tillhörande verifikat (ifall Fpa:s ersättning avdragits på läkarstationen)
- för medicinkostnader apotekskvittot i original och tillhörande recept, receptkopia eller apoteksräkning
- alla andra sjukkostnadsverifikat i original
- en eventuell sjukberättelse gällande läkarbesöket.

### Arbetsoformåga

- vid dagsersättning kopior av läkarintyg, biinkomstskattekort och Fpa:s beslut om sjukdagpenning
- vid premiebefrielse kopior av läkarintyg och Fpa:s beslut om sjukdagpenning.

### Sjukhusvård

- sjukhusräkningen och betalningskvittot i original eller annan utredning över att räkningen är betald.

Meddela resekostnaderna, om den individuella försäkringen är beviljad före 1988.