

**ERSÄTTNINGSANSÖKAN AXA  
ÅTERBETALNINGSSKYDD FÖR FÖRETAGSKREDIT**

AXA fyller i

1 (3)

 Bestående men på grund av olycksfall Allvarlig sjukdom

Börjar	Upphör
Slag	Skadenummer

**PERSONUPPGIFTER Ersättningssökanden fyller i**

Försäkringstagarens firma	FO-nummer	
Utdelningsadress	Postnummer och postkontor	
Namnet på företagets kontaktperson	Telefon	Telefax
Den försäkrades efter- och förnamn	Personbeteckning	
Utdelningsadress		
Postnummer och postkontor	Telefon hem/arbete /	
Har ni tidigare ansökt om ersättning från AXA <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ansöker ni om ersättning från annat bolag, vilket	
Om <b>Ja</b> , när och av vilken orsak		

**UPPGIFTER OM KREDITEN Kreditgivaren fyller i**

Kreditgivarens namn		
Postadress	Postnummer och postkontor	
Kredit nr	Startdatum för kreditavtalet	Ursprungligt kreditbelopp
När har den senaste månadsbetalningen betalats innan menet/sjukdomen konstaterades?	Antal månadsbetalningar	
Ersättningen är det återstående kreditbeloppet och beräknas enligt kalkylen i bilagan till försäkringsansökan utgående från den dag då det bestående menet till följd av olycksfall eller den allvarliga sjukdomen konstaterades. Försäkringsbolaget har uppgifterna och de behöver inte ges separat.		
Det IBAN-kontonummer som ersättningen betalas in på (överenskomms med förmånstagaren)	Bankens BIC-kod	
Kontaktpersonens namn, telefon och e-postadress		
Ort och datum		

**UPPGIFTER OM ANSTÄLLNINGEN Företaget fyller i**

Den försäkrades yrke och arbetsuppgifter/ställning i företaget	
Den försäkrades andel av/innehav i företaget	
Dag då anställningen/innehavet började	När upphörde anställningen?
Var har företaget sin företagshälsovård? (namn och adress)	
Ort och datum	
Undertecknande av företagets firma och namnförtydligande	FÖRETAGETS STÄMPEL

UPPGIFTER OM SJUKDOMEN/OLYCKSFALLET Den försäkrade fyller i		
Olycksfallets eller sjukdomens art		
Tidpunkt då olycksfallet inträffade	Klockslag	Olycksplats
Var inleddes vården? (vårdplatsens namn och adress)		När inleddes läkarvården?
Tidpunkt då det bestående menet/sjukdomen konstaterades		
Namnet på den läkare och mottagning som ger er vård nu		
Om ni har fått vård på sjukhus, ange sjukhusets namn och tiden på sjukhuset		
Er berättelse om olycksfallet eller sjukdomen		
Vittnenas namn och adress		
Har en polisundersökning gjorts om olycksfallet? Om ja, ber vi att ni sänder oss undersökningsprotokollet. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Skadades ni under påverkan av alkohol eller narkotika? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vad var alkoholhalten i blodet/hur mycket hade ni förtärt?	
<b>Om ni tidigare på grund av samma sjukdom eller men fått behandling eller undersökts, fyll i de begärda uppgifterna nedan.</b>		
Tidpunkt	Namn och adress på den läkare eller det sjukhus som gav er vård	
Har ni fått rehabilitering? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, var?		När?
Tilläggsupplysningar		

**ERSÄTTNINGSSÖKANDENS OCH DEN FÖRSÄKRADES FÖRBINDELSE OCH BEFULLMÄKTIGANDE**

**FÖRBINDELSE**

Jag förbinder mig/vi förbinder oss att använda alla de ersättningar som betalas utgående från denna ansökan till att betala företagets kredit till den kreditgivare som nämns i kreditavtalet. Jag/vi godkänner att försäkringsersättningen betalas till ovan nämnda konto, som kan ändras endast med kreditgivarens och förmånstagarens godkännande. Jag/vi försäkrar att alla de uppgifter som getts är korrekta. Om någon av de ovan nämnda uppgifterna som jag har gett/vi har gett (eller någon annan behörigen befullmäktigad person har gett för mig/för oss) är inkorrekt, inser jag/vi att rätten till ersättningarna kan gå förlorad och försäkringsskyddet upphöra.

**BEFULLMÄKTIGANDE**

Jag/vi befullmäktigar AXA för handläggning av denna ersättningsansökan att be om och ta emot uppgifter om min hälsa och mitt yrke samt andra nödvändiga uppgifter från mina arbetsgivare, tidigare arbetsgivare, Folkpensionsanstalten, av läkare, sjukhus, hälsocentraler, mentalvårdsbyråer som undersökt och behandlat mig samt av försäkringsbolag, skattemyndigheter och kreditgivare

AXA meddelar om också kreditgivaren om samtliga ersättningsbeslut och förbinder sig att betala ersättningarna endast till det konto som nämns i ersättningsansökan.

Av det här befullmäktigandet får tas kopior.

Ort och datum

Den försäkrades underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Förmånstagarens underskrift (om annan än den försäkrade)

Namnförtydligande

**BILAGOR TILL ERSÄTTNINGSANSÖKAN (kopior)**

- Läkarintyg och sjukjournal (från början av sjukdomen/olycksfallet)
- Polisprotokoll
- Företagets handelsregisterutdrag och protokoll som påvisar ändringar i de införda uppgifterna
- Företagets registerutdrag om förskottsuppbörd

Fyll i samtliga punkter i ersättningsansökan omsorgsfullt, eftersom vi inte kan handlägga ansökningar som ifyllts bristfälligt.

Vi ber att ni sänder ersättningsansökan jämte bilagor under adress:  
**AXA / Ersättningstjänster**  
**PB 67, 00501 Helsingfors**

**Mer information om handläggningen av ersättningar får ni genom  
servicenummer 010 802 841**