

SKADEANMÄLAN – Hel arbetsoförmåga

Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		Försäkringsnummer
Postnummer	Ortnamn	Telefon dagtid
E-postadress		Mobil

Bankuppgifter

Clearing nummer	Kontonummer
-----------------	-------------

Sjukdom/Olycksfall

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Läkarens namn och kontaktuppgifter:
Fr o m vilket datum blev du/nära anhörig 100 % sjukskriven?	
Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?	
Är du/nära anhörig fortfarande sjukskriven? Ja, till och med:	Nej, friskskriven från och med:
Anmäld till försäkringskassan i (ange ortsnamn)	
Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?	
Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad det var som hände	
När beräknar du att kunna återgå i arbete? (År/Mån/Dag)	I vilken omfattning?

Upplysningar

Uppbar du innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Vid Ja, orsak
Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Bilagor – Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Sjukskrivningsintyg
- Läkarityg
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
- Intyg om sjukhusvistelse

Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande