

## Skadeanmälan – Hel arbetsförmåga

### 1. Grunduppgifter för försäkrad

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

### 2. Bankuppgifter

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

### 3. Uppgifter om din arbetsförmåga (ange år, månad och dag)

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Vilket datum blev du 100% sjukskriven?	Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?
Vänligen ange läkarens namn och kontaktuppgifter	Är du fortfarande 100% sjukskriven? Om inte sedan när är du friskskriven?	Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?

### 4. Vid sjukskrivning till följd av olycka, vänligen beskriv var olyckan inträffade och vad det var som hände

Kompletterande upplysningar vid olycka

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

### 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 Nordic Loss Adjusting AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum	Underskrift av försäkringstagaren
Telefonnummer dagtid	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Sedgwick Sweden, Box 1141, 171 22 Solna

Eller via e-post: [personskador@se.sedgwick.com](mailto:personskador@se.sedgwick.com)

Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Sjukskrivningsintyg
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
  - Kopia på Arbetsgivarintyg