

SKADEANMÄLAN – Hel arbetsoförmåga, vård av nära anhörig

Grunduppgifter

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

Bankuppgifter

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

Sjukdom/Olycksfall/Vård av nära anhörig

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Läkarens namn och kontaktuppgifter:
Fr o m vilket datum blev du/nära anhörig 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	

Upplysningar

Uppbar du/nära anhörig innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Vid Ja, orsak _____
Har du/nära anhörig 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
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
- Läkarityg

Underskrift

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

Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande