

## Skadeanmälan intäktsförsäkring för sjukdom och olycksfall.

Uppgifter om åkaren	
För- och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Epostadress
Postnummer och ort	Telefonnummer

Företagsuppgifter	
Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress (om annan än ovan)	Epostadress
Postnummer och ort (om annan än ovan)	Försäkringsnummer
Bank	Kontonummer ink clearingnummer

Sjukdom/Olycksfall	
Vilket datum inträffade sjukdomen/olycksfallet?	Från vilket datum är du helt sjukskriven? (år/månad/dag)
När och var anlätades läkare första gången? (år/månad/dag)	Läkarens namn och telefonnummer
Är du fortfarande sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja, till och med: _____ <input type="checkbox"/> Nej, friskriven from: _____	
Är det en arbetsskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Anmäld till försäkringskassan i (ange orten)
Sjukdomens art/diagnos? Hur gick det till?	

Upplysningar	
Har du heltidsanställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, _____ timmar i veckan.	Har du tillsvidareanställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, anställningsform: _____
Hade du innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ursprungligt anställningsdatum? _____ (år/månad/dag)
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"/> Nej	

Underskrift Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum (år/månad/dag)	Underskrift