

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? ☐	
Ja, till och med:	☐ Nej, friskriven from:
Är det en arbetsskada? ☐ Nej ☐ Ja	Anmäld till försäkringskassan i (ange orten)

Sjukdomens art/diagnos? Hur gick det till?

Upplysningar

Har du heltidsanställning?

☐ Ja ☐ Nej, _____ timmar i veckan.

Hade du innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning?

☐ Ja ☐ Nej

Har du tillsvidareanställning?

☐ Ja ☐ Nej, anställningsform: _____

Ursprungligt anställningsdatum? _____
(år/månad/dag)

Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen?

☐ Ja ☐ Nej

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

Ort och datum (år/månad/dag)

Underskrift

Skadeanmälan skickas ifylld till:
Taxi Stockholm Försäkringsservice
c/o Claims Link AB
Mäster Samuelsgatan 42
111 57 Stockholm