

SKADEANMÄLAN – Hel arbetsoförmåga, vård av nära anhörig, sjukhusvistelse

Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		
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 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?

Uppgifter om vård på sjukhus

Har du vårdats på sjukhus? Ja Nei Om Ja, Vilket?
Under vilka perioder (from – tom)

Upplysningar

Uppbar du/nära anhörig innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning?
 Ja 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?
 Ja Nei

Bilagor – Följande ska bifogas med skadeanmälan:

- Läkarintyg
- 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