

## 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 100 % sjukskriven?  |                                     |
| Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?                              |                                     |
| Är du/nära anhörig fortfarande sjukskriven?<br>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:

- Sjukskrivningsintyg
- Läkartyg
- 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             |