

### A Försäkringen

Försäkringstyp (inklusive gruppens namn vid gruppförsäkring):	Avtalsnummer:
---	---------------

### B Den skadelidande

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon dagtid:	Mobiltelefonnummer:
Om du är medförsäkrad eller om anmälan avser barn, ange gruppmedlemmens namn:		Gruppmedlemmens personnummer:

### C Sjukdom eller olycksfall - Ifylls alltid

Ange vilken sjukdom eller kroppsskada som anmälan avser (samtliga diagnoser):	
När märkte du de första symptomen?	När uppsökte du läkare för första gången på grund av dessa besvär?
Vilka läkare/vårdpersonal har du besökt för undersökning och vård med anledning av sjukdomen/skadan? Läkarens/vårdpersonalens namn: _____ Sjukhus/mottagning (med adress): _____ _____ _____ _____	
Har du haft samma eller liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ja, ange när: _____ Vilken läkare och vilken vårdinrättning anlätades då?	

### D Olycksfall - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från olycksfallsförsäkring.

Var inträffade olycksfallet?	Vilket datum inträffade olycksfallet?	Vilken tidpunkt inträffade olycksfallet?
Olycksfallet inträffade: <input type="checkbox"/> under arbetstid / skoltid <input type="checkbox"/> under färd till eller från arbete / skola <input type="checkbox"/> under fritid		Tillkallades ambulans, polis eller räddningstjänst? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad: _____
Lämna en detaljerad beskrivning av hur olycksfallet gick till: _____ _____ _____ _____		
Hur skadades du i olyckan?	Vilken sida av kroppen skadades? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	Har du haft besvär med skadad kroppsdel tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, när: _____
Har du annan olycksfallsförsäkring eller, vid trafikolycka, trafikförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, lämna uppgifter nedan: Bolagets namn och adress: _____ Skadenummer eller försäkringsnummer: _____ _____ _____		

**E Sjukförsäkring - Besvara detta avsnitt om du ansöker om ersättning från sjukförsäkring.**

Har du fast anställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ange vad:	Anställd sedan:	Veckoarbetstid: timmar
Arbetsgivarens namn och adress:		
Ditt yrke:	Din befattning:	Dina arbetsuppgifter:
Besvara om du är företagare: <input type="checkbox"/> Anställd i eget AB <input type="checkbox"/> Egen företagare (EF/HB/KB)	När startade verksamheten?	Äger du minst 33 % av företaget (med make, barn eller förälder) eller är du komplementär i kommanditbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange din ordinarie fasta månadslön vid insjuknandet (inkl. semesterersättning):	Om du är egen företagare, ange ditt senaste taxerade överskott av näringsverksamhet: Taxeringsår: _____ Överskott: _____	
Ange om du har fått bonus eller provision under de senaste tre åren: År: _____ Bonus: _____   År: _____ Bonus: _____   År: _____ Bonus: _____		
Har du haft något avbrott i ditt förvärsarbete sedan starten av försäkringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, under perioden _____ till _____ av orsak _____		
Är du, eller har du varit, sjukskriven på grund av sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. _____ <input type="checkbox"/> fortfarande sjukskriven <input type="checkbox"/> frisk fr.o.m. _____		
Har Försäkringskassan beviljat dig ersättning för arbetsförmåga för sjukdomen / skadan? <input type="checkbox"/> Ingen ersättning <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Sjukersättning		
Har du sjukförsäkring i något annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolag: _____ Försäkringsnummer: _____ Månadsbelopp: _____ kr		
Vilka övriga sjukförmåner har du? <input type="checkbox"/> Enbart försäkringskassa <input type="checkbox"/> ITP eller likvärdigt <input type="checkbox"/> Sjuklön efter dag 14 <input type="checkbox"/> Annan ersättning:		

--

**G Övrigt / ersättningsanspråk**

Här kan du lämna övriga upplysningar eller kompletteringar till någon fråga samt specificera dina eventuella ersättningsanspråk:  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____
---

**H Bilagor**

<b>Bifoga alltid följande handlingar om du ansöker om ersättning enligt en sjukförsäkring:</b> <input type="checkbox"/> Din lönespecifikation månaden innan du blev sjukskriven. <input type="checkbox"/> Om du är egen företagare: inkomstintyg från din revisor för året innan du blev sjukskriven eller din senaste inkomstdeklaration. <input type="checkbox"/> Samtliga medicinska underlag för sjukskrivning. <input type="checkbox"/> Försäkringskassans beslut om sjukersättning om sådant finns.
---

UNDERTECKNA ANMÄLAN PÅ FÖLJANDE SIDA

I Underskrift

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna anmälan är riktiga och fullständiga.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Underskrift

.....  
Personnummer

.....  
Namnförtydligande

.....  
Omyndigt barns personnummer

.....  
Omyndigt barns namn

Alla handlingar skickas till: Nordic Loss Adjusting AB, Box 1141, 171 22 Stockholm