

Skadeanmälan – Hel arbetsoförmåga

Anmälan sänds till:

Sedgwick Sweden AB**Box 1141****171 22 SOLNA**Eller via e-post: personskador@se.sedgwick.com

1. Grunduppgifter för försäkrad

För- & Efternamn	Kreditnummer
Adress(ange gatuadress, post.nr & postort)	Personnummer
E-post	Tel.nr dagtid (där du lättast nås)

2. Uppgifter om din arbetsoförmåga (ange år, månad och dag)

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	From vilket datum blev du 100% sjukskriven?	Vilket datum anlätades läkare första gången för den Aktuella sjukdomen/ olyckan?
Ar du fortfarande 100% sjukskriven? (JA/NEJ)	Om inte sedan när är du friskskriven eller sjukskriven på deltid?	Vad är orsaken till sjukskrivningen enligt läkarens utlåtande?

3. Vänligen ange läkarens namn och kontaktuppgifter

4. Är/Var du anmäld till försäkringskassan under tiden som du är/var sjukskriven? Ja: Nej:

5. Bilagor som skall skickas in för bedömning av din anmälan:

- Sjukskrivningsintyg från läkare
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier
- Kopia på Arbetsgivarintyg

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, Telefonnummer dagtid	Underskrift av försäkringstagaren
	Namnförtydligande