

Skadeanmälan

Hel arbetsoförmåga

Insändes till:

Lendo
c/o Crawford & Company (Sweden) AB
Box 6044
171 06 Solna

Telefon: 08- 514 200 00
Fax: 08- 514 200 29
E-post: affinity@crawco.se

1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

2. Bankuppgifter

Clearing nummer	Kontonummer
-----------------	-------------

3. Sjukdom/olycksfall

Vilket datum uppkom sjukdomen/inträffade olycksfallet?	Fr o m vilket datum blev du 100 % sjukskriven?
Vilket datum anlätades läkare första gången för den aktuella sjukdomen/olyckan?	Läkarens namn och kontaktuppgifter:
Är du fortfarande sjukskriven? Ja, till och med:	Nej, friskskriven från och med:
Är/Var du anmäld till försäkringskassan under tiden som du är/var sjukskriven?	
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	

4. Upplysningar

Uppbar du innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? Ja, orsak: Nej	Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? Ja Nej
--	---

5. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:
- Sjukskrivningsintyg - Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier

6. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande