

**Datum**  
**ANMÄLAN OM SJUKDOM**

Skadenummer (ifylls av bolaget)

Namn, adress
--------------

Tel. bostad (inkl riktnr)	Tel. arbetet (även riktnr.)	Träffas säkrast kl.	Yrke eller sysselsättning
Försäkringsnummer:	Personnr/organisationsnr:	Pg/Bg/Bankkonto (inkl clearing nr)	
Arbetsgivarens eller den egna firmans namn/bransch		Egen <input type="checkbox"/> företagare <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Inte yrkesverksam	
Övriga Sjuk/olycksfallsförsäkringar			
Bolag: _____		Försäkringsnummer: _____	
Organisations/föreningstillhörighet, ifylls i förekommande fall			
Medlemskapet och innehållet i anmälan styrkt av ansvarig inom organisationen/föreningen			
Datum		Underskrift	

Sjukdomens namn?			
När insjuknade du?			
Har du förut lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Vilken?
	När?	Hur länge?	
Vilken läkare anlätades då?	Läkarens namn, adress, vårdinrättning:		
Vilken dag avbröts arbetet på grund av sjukdomen?	Datum	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis	
Vilken läkare sköter dig nu?	Namn, adress, vårdinrättning		
Har du varit inlagd på sjukhus över natt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Under vilken tid?
	Vilket sjukhus?		
Kan du sköta ditt arbete?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls		
Har du beviljats förtidspension (sjukbidrag) från Allmän försäkring?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    Fr. o. m.		
Har du tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    När?		Varifrån?

Härmed intygas att lämnade uppgifter är sanningsenliga.

**Ort och datum**

**Underskrift**

**Namnförtydligande**

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.