Skadeanmälan
Intäktsförsäkring

Ifylld ansökan skickas med post till: Småföretagarna Försäkring c/o FUAB, Box 38044, 100 64 Stockholm.
Eller scanna och skicka med e-post till: smaforetagarna@fuab.com

Arbetsgirare (försäkrat företag)	
Företagts namn:	Kontaktperson:
Adress:	Telefonnummer:
Postnummer & ort:	Försäkringnummer:
Anställningsdatum:	
Konto dit eventuell ersättning betalas ut till, ange bank, clearing- & kontonummer (till det försäkrade bolaget):	

Anställd (försäkrad person)	
Försäkringstagarens namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon dagtid:
Postnummer & ort:	E-postadress:

Skada	
När uppkom sjukdomen/när hände olyckan? ÅÅÅÅMMDD	Fr.o.mm vilket datum är du sjukskriven? ÅÅÅÅMMDD
Är du fortfarande sjukskriven?	Är det en arbetsskada?
Anmäld till försäkringskassan i (ange ort):	
Sjukdomens art/diagnos? Hur gick olyckan till?	
När och var anlitades läkare första gången? ÅÅÅÅMMDD, läkarens namn och adress	

Upplysningar	
Har du en heltidsanställning? Om inte ange arbetstid per vecka	Är du tillsvidareanställd? Om inte ange anställningsform
Erhöll du någon form av sjukpening eller sjukersättning inna sjukdomen/olycksfallet inträffade? Om ja ange orsak	
Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknadet av försäkringen:	

Fullmakt
Jag intygar att ovan lämnade uppgifter är korrekta och att jag inte har utelämnat någon information som kan ha betydelse för skadans bedömning. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) samt polismyndighet får lämna till försäkringsbolaget de uppgifter som bolaget anser sig behöva för att bedömma förmånstagarens ersättningsanspråk. Jag intygar att denna skadeanmälan har fyllts i av mig i sin helhet. Oriktigt intygande kan utgöra en straffbar handling.

Underskrift	
Jag intygar att de lämnade uppgifterna är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort, datum:	Namnteckning anställd:
Ort, datum:	Namnteckning arbetsgivare:

Observera:
För att underlätta skaderegleringensprocessen vill vi att du bifogar följande dokument till denna skadeanmälan:

- Läkarintyg som anger skälet till arbetsoförmågan och dess omfattning, sjukskrivningsperiodem skall framgå
- Specifikationen ”meddelande om utbetalning” från Försäkringskassan gällande utbetald sjukpenning, sjukbi drag eller för tidspension.
- Övirga handlingar som kan vara av betydelse för bedömningen av ärendet.