

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Uppgift om försäkringstagare

Namn		Person- eller organisationsnummer - 10 siffror
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	Mejl
Är ni redovisningsskyldig för moms? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Utbetalning önskas till Bankkonto <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/>	Nummer - Vid bankkonto även clearingnummer

Sjukskriven person

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och postort	Telefon dagtid

Sjukskriven från

År	Månad	Dag	Grad av sjukskrivning (%)

OBS! Bifoga kopior på sjukintyg

Sjukskriven på grund av

Har du tidigare varit sjukskriven för samma sjukdom/symptom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, ange när från	Till
--	----------------------	------

Kompletterande upplysningar

Fullmakt och underskrift

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Svedea och den Svedea anlitar i sitt ställe alla för bedömande av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Ort och datum	Försäkringstagarens namnteckning	Namnförtydligande
---------------	----------------------------------	-------------------

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Box 3489
103 69 Stockholm0771-160 199
skadorforetag@svedea.se
svedea.se