

Försäkringsnummer - ifylls alltid

Skadenummer - försäkringsbolagets notering

Uppgift om försäkringstagare

Namn		Person- eller organisationsnummer - 10 siffror
Utdelningsadress		Postnr och postort
Telefon dagtid	Mobil	E-post
Är ni redovisningsskyldig för moms? Ja ☐ Nej ☐	Utbetalning önskas till Bankkonto ☐ Plusgiro ☐ Bankgiro ☐	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?	Om ja, ange när från	Till
Ja ☐ Nej ☐		

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 bedömning av ersättningskraven erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.

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

Skadeanmälan skickas till:

Svedea AB
Sveavägen 38
111 34 Stockholm**Svedea AB**
Sveavägen 38
111 34 Stockholm
Telefon: 0771-160 199
Org.nr: 556786-1678
www.svedea.se