

Skadeanmälan Sjukavbrott

Moderna

Skadeanmälan skickas till:

Moderna Försäkringar
Företagsskador
Box 7830
103 98 Stockholm

Försäkringsnummer – ifylls alltid

Skadenummer – försäkringsbolagets notering

Sid 1/1

Försäkringstagare

Företagets namn		Organisationsnummer
Adress		Telefon
E-post	Konto vid ev ersättning	Kontaktperson

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

Underskrift skadelidande (av vårdnadshavare om den försäkrade är omyndig)

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning sam den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade/mig får lämna Moderna alla för bedömande av ersättningskraven er foderliga upplysningar om hälsotillståndet.

Datum / Ort	Underskrift, skadelidande
Namnförtydligande, v g texta	

Underskrift försäkringstagare

Datum / Ort	Underskrift, försäkringstagare
Namnförtydligande, v g texta	
