

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

| Mina uppgifter | |
|--|-----------------|
| Försäkringstagarens namn: | Personnummer: |
| Adress: | Telefon dagtid: |
| Postnummer & ort: | E-postadress: |
| Eventuell ersättning betalas ut till (ange bank, clearing- & kontonummer): | |

| Arbetsgivare | |
|--------------------|-------------------|
| Företags namn: | Kontaktperson: |
| Adress: | Telefonnummer: |
| Postnummer & ort: | Försäkringnummer: |
| Anställningsdatum: | |

| 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 anlätades 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 sjukpenning 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 skaderegleringsprocessen vill vi att du bifogar följande dokument till denna skadeanmälan:

- Läkarintyg som anger skälet till arbetsförmågan och dess omfattning, sjukskrivningsperioden skall framgå
- Specifikationen "meddelande om utbetalning" från Försäkringskassan gällande utbetald sjukpenning, sjukbidrag eller för tidspension.
- Övriga handlingar som kan vara av betydelse för bedömningen av ärendet.