

## Sjukdom och olycksfall

Ifylld skadeanmälan sänds med post till:

Företagarna Försäkringar  
Box 9600  
117 91 Stockholm

### Uppgifter om den anställda

För- och efternamn	Personnr
Utdelningsadress	Epostadress
Postnr och ort	Telefon hem (inkl riktnr)

### Arbetsgivare

Företagets namn	Kontaktperson
Utdelningsadress	Telefonnr
Postnr och ort	Försäkringsnummer
Bank	Kontonummer inkl clearingnr

### Sjukdom/olycksfall

Vilket datum inträffade sjukdomen/olycksfallet?	Fr o m vilket datum är du helt sjukskriven?
När och var anlätades läkare för första gången?	Läkarens namn och kontaktuppgifter?
Är du fortfarande sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja, till och med:	<input type="checkbox"/> Nej, friskskriven fr o m:
Arbetskada <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anmäld till försäkringskassan i (ange ort)
Sjukdomens art/diagnos? Alt. Hur gick olyckan till?	

### Upplysningar

Har du en heltidsanställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, _____ timmar/vecka	Är du tillsvidareanställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, anställningsform: _____
Uppbar du innan sjukdomen/olycksfallet någon form av sjukpenning eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja, orsak: _____ <input type="checkbox"/> Nej	Har du uppsökt läkare eller erhållit vård för samma sjukdom/olycksfall inom 12 månader närmast före tecknandet av försäkringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Arbetsgivarens namn och telefonnummer till kontaktperson hos arbetsgivaren:	Ursprungligt anställningsdatum?

### Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.	
Ort och datum	Underskrift arbetsgivare
Ort och datum	Underskrift anställd

## Fullmakt

Fullmakt för Balder Försäkring och skaderegleringsföretaget Crawford & Company (Sweden) AB (som är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen) att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, försäkringskassa, Skatteverket eller andra inhämta de upplysningar/handlingar som Crawford kan finna erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg samt registerhandlingar avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Fullmakten avser även handlingar i tiden före aktuell olycka.

Jag medger att ovannämnda upplysningar/handlingar får utlämnas till Balder Försäkring och Crawford samt att mitt personnummer får användas för en säker identifiering.

Fullmakten gäller från denna dag och under hela skaderegleringen hos Crawford. Fullmakten kan återkallas.

Ort och datum

Underskrift anställd