

Skadern

Försäkringstagare

Företagets namn	Avtalsnummer 4400
Postadress	Organisationsnummer
Postnummer och ort	Telefonnummer arbetet (även riktnr)
Finns samtidigt gällande sjukavbrottsförsäkring i annat bolag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", ange bolagets namn och försäkringsnummer	Bankgiro
Bank Clearing och kontonummer	Postgiro

Försäkrad person som drabbats av arbetsoförmåga eller avlidit

Namn	Personnummer	Telefonnummer hem (även riktnr)
Den arbetsoförmögnes påverkan i procent på rörelsens fasta kostnader per år		

Vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall. Obs! Läkarintyg ska bifogas.

Vilken sjukdom/olycksfallsskada har ni drabbats av?		
Dag för insjuknandet/olycksfallet		
Hur gick olycksfallet till?		
Vilken/vilka läkare har du anlitat? (Läkarens namn och adress)		
Har ni tidigare lidit av liknande sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vilken?		
När?	Hur länge?	Vilken läkare anlätades då?
Har ni vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilket?	Fr o m - t o m

Vid dödsfall (Obs! Dödsfallsintyg bifogas)

Den försäkrade har vid dödsfallet varit frånvarande sedan:	På grund av: (ange dödsorsaken om den är känd)
--	--

Har du rehabiliteringsförsäkring i annat bolag än Länsförsäkringar?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vilket?

Upplysningar om rörelsens drift

I vilken utsträckning skulle ni ha arbetat om arbetsoförmågan inte inträffat?	
I vilken omfattning har rörelsen kunnat drivas under er frånvaro?	
Har vikarie anställts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", när?	Finns möjlighet att anställa vikarie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilka andra åtgärder har vidtagits för att begränsa skadan?	

Underskrift

Jag medger att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus, tidigare försäkringsgivare eller annan vårdanstalt samt den eller de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig lämnar alla för bedömande av mina ersättningskrav erforderliga upplysningar om mitt hälsotillstånd

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Härmed intygas att de fasta kostnaderna uppgår till det försäkrade beloppet.

Ovanstående uppgifter intygas av godkänd revisor

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Om de fasta kostnaderna understiger/överstiger det försäkrade beloppet, vänligen specificera de fasta årskostnaderna nedan. Nedanstående uppgifter behöver endast fyllas i om de verkliga fasta kostnaderna understiger/överstiger det försäkrade beloppet.

Specificering av fasta årskostnader (kronor per år) exklusive försäkrads lön

Löner för anställd personal

kr

Social kostnad för anställd personal

kr

Hyror och/eller arrende kostnader

kr

Övriga fasta lokalkostnader

kr

Kontorskostnader, bokföringskostnader

kr

Försäkringskostnader

kr

Fasta el- och telekostnader

kr

Avskrivningar och räntor i rörelsen

kr

Fasta kontrakterade leasingkostnader

kr

Övriga fasta kostnader enligt kontrakt

kr

Totalt fasta kostnader per år

kr

Ovanstående uppgifter intygas av godkänd revisor

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Övriga upplysningar
