

SKADEMELDING SYKELØNNSFORSIKRING

Navn:	
Adresse:	
Postnr./sted:	
Avtalenr.:	Første fraværsdag:

Selskapets
notater.

1. Sykemeldingens årsak.

2. Har du tidligere vært sykemeldt av samme årsak? (Hvis ja oppgi tidsperiode og behandlene lege).	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	-------------------------------

3. Har du tidligere fått erstatning for denne årsak til sykmelding?

4. Forventet friskmeldingsdato.

OPPLYSNINGER OM INNTEKTSFORHOLD

Siste års pensjongivende inntekt:

Årlige faste driftsutgifter:

Vedlagt dette skjema følger:

- Dokumentasjon på pensjongivende inntekt.
(Kopi av ligningsoppgave, regnskapsoppgave e.l. siste regnskapsår).
- Dokumentasjon på faste driftsutgifter. (Gjelder individuell sykelønn).
(kopi av regnskapsoppgave siste inntektsår).
- Kopi av sykemelding/er fra lege.

Jeg bekrefter at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og er kjent med at forsikringsgiver er fritatt for sitt ansvar dersom det er gitt feilaktige opplysninger. Jfr. Lov om forsikringsavtaler av 1984 Kapittel 4. Undertegnede gir samtidig med dette Crawford & Company (Norway) as fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger fra lege, sykehus, trygdemyndigheter og/eller arbeidsmyndigheter i anledning denne skaden.

Sted/dato

Underskrift

Skjema sendes: **Connector Insurance Partner AS, Rådhusgaten 111, 0151 OSLO**