

# Skadeanmälan

## Hel arbetsoförmåga

### Insändes till:

Min El EBS AB  
c/o Crawford & Company (Sweden) AB  
Box 6044  
171 06 SOLNA

Telefon 08-514 200 00  
Fax 08-514 200 29  
E-post affinity@crowco.se

### 1. Grunduppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	E-post	Försäkringsnummer
Postnummer och postort	Telefon dagtid	Mobil

### 2. 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 från och med:
Arbetskada <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anmäld till försäkringskassan i (ange Ortsnamn)
Sjukdomens art / diagnos? Alt. Hur gick olyckan till?	

### 3. 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?

### 4. Bilagor

Följande ska bifogas med skadeanmälan:		
● Försäkringsbevis	● Läkarintyg	● Intyg om utbetalad sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan

### 5. Underskrift

Jag förklarar härmed att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger även att polis, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt, försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa), berörd myndighet eller arbetsgivare får lämna försäkringsbolaget Balder Försäkring AB och skaderegleringsföretaget Crawford & Company (Sweden) AB de upplysningar som de anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.	
Ort och datum	Underskrift försäkringstagare
Telefonnummer	Namnförtydligande