

# SKADEMELDING

For sykelønnsforsikring

## OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Org.nr.	Forsikringsbevisnr.
Adresse	Tlf.nr.	

## OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn	Personnr. (11 siffer)
Adresse	Privat telefon
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for erstatning)
Epost:	Telefon

Sykemeldingens årsak

Har du tidligere vært sykemeldt av samme årsak?	Hvis ja, oppgi tidsrom og behandlende lege.

Har du tidligere fått erstatning for denne årsak til sykemelding?	
Forventet friskmeldingsdato:	
Siste års pensjongivende inntekt:	
Vedlagt dette skjema følger: Dokumentasjon på pensjongivende inntekt. (kopi av ligningsoppgave, regnskapsoppgave e.l. siste regnskapsår). Dokumentasjon på faste driftsutgifter. (kopi av regnskapsoppgave siste regnskapsår). (gjelder individuell sykelønn). Kopi av sykmelding/er fra lege.	

Jeg bekrefter at opplysningene er så nøyaktige 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 skadebehandler fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger fra sykehus, lege, trygdemyndighet og/eller arbeidsmyndigheter i anledning denne skaden.
--

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

Skjema sendes til IAM Insurance Løvenskiolds gate 26 0260 Oslo Epost: <a href="mailto:claims@iam.no">claims@iam.no</a>
---