

# SKADEANMÄLAN

## - TILL FÖLJD AV SJKSKRIVNING

Fullständigt ifylld skadeanmälan skickas till:  
Solid Försäkringar, Box 22151, 250 23 Helsingborg  
Telefon: 042-450 33 46, e-post: [betalforsakring@solidab.se](mailto:betalforsakring@solidab.se), Fax: 042-450 33 82

### Till denna skadeanmälan skall följande handlingar bifogas:

- Läkarintyg
- Utbetalningsavi från försäkringskassan
- Handling som styrker sjukskrivningens början
- Intyg på fast anställning när försäkringen tecknades

### 1. Uppgifter om försäkringstagaren:

Personnummer:		E-post:	
Försäkringstagare (för- och efternamn):		Telefon:	
Adress:	Postnr:	Ort:	
Kontonummer i Resurs Bank:			

### 2. Uppgifter om arbetsgivare:

Senaste arbetsgivare:		Kontaktperson och telefon:	
Adress:	Postnr:	Ort:	
Anställningsdatum:	Typ av anställning (tills vidare, vikariat osv.):		

### 3. Övriga uppgifter:

Sjukdom:	Sjukskrivningsperiod (fr.o.m - t.o.m):
Behandlande läkare eller motsvarande:	Sjukskrivning i % av normal arbetstid:
Övriga uppgifter:	

### 4. Härmed intygas att lämnade uppgifter är korrekta, underskrift, ort och datum.

Datum och ort:	Underskrift:
----------------	--------------

OBS: innan beslut erhållits från Solid måste du fortsätta delbetala enligt nuvarande betalplan till Resurs Bank. Ersättning kan ges retroaktivt vid beviljad ersättning.