

ANMÄLAN OM ARBETSOFORMÅGA/SJUKHUSVISTELSE

Volvofinans Låneskydd och Privatleasingskydd

IFYLLS ALLTID

Kundnummer

Registreringsnummer

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

Mejladress

Telefon dagtid (även riktnr)

UTBETALNING

Önskas insatt på

Clearingnummer

Kontonummer

Bank

Önskas insatt på

Kontonummer

Bankkonto

Personkonto

Kontonummer

Postgiro/Bankgiro

Avi

UPPGIFTER OM ARBETSOFORMÅGAN/SJUKHUSVISTELSEN

Arbetsoförmågan/Sjukhusvistelsen beror på

sjukdom

olycksfall

Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)

När kontaktades läkare första gången för nu anmäld sjukdom/olycksfall

Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?

Ja

Nej

Om "ja", ange när

Sjukdomens namn

Fr.o.m.

t.o.m.

Vilken läkare anlätades då?

Läkarens adress

Vilken läkare anlitas nu?

Läkarens adress

Sjukskrivningsperiod (fr.o.m.-t.o.m.) Bifoga läkarintyg

Har du vårdats på sjukhus?

Ja, vilket?

Nej

Under vilken period vårdades du på sjukhus? (fr.o.m.-t.o.m.)

Har du någon annan ersättning än sjukpenning – t.ex. aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning eller arbetsskadlivränta?

Ja, sedan den

Nej

Är du idag fullt arbetsför?

Ja, sedan den

Nej

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum

Namnteckning

Telefon dagtid (även riktnr)

Skicka anmälan till:

If Skadeförsäkring

P100

106 80 Stockholm

Vid frågor ring 08-792 72 27