

# MARSH

## Skadeanmälan Arbetsoförmåga / Allvarlig Sjukdom

### Försäkrad

Efternamn, Förnamn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer	E-post adress (ifylles för snabbare korrespondens i ärendet)
Postadress	

### Om du råkat ut för ett olycksfall

När hände olyckan (Ange med år, månad och dag)?	Var hände olyckan?	
Första sjukskrivningsdag (Ange med år, månad och dag)	Är du fortfarande sjukskriven?	Friskskriven fr.o.m.
Hur gick olyckan till?		

### Om du drabbats av en sjukdom

När uppkom sjukdomen (Ange med år, månad och dag)?		
Första sjukskrivningsdag (Ange med år, månad och dag)	Är du fortfarande sjukskriven?	Friskskriven fr.o.m.
Sjukdomens symptom/Diagnos		

### Behandling

När anlätades läkare första gången (Ange med år, månad och dag)?		
Läkarens namn och adress (vid behandling av flera läkare skall alla anges)		
Eventuell förtidspension, livränta fr.o.m.	Anmäld till Försäkringskassan i:	

Bilagor som skall bifogas

- Sjukskrivningsintyg
- Kopior på försäkringskassans utbetalningsavier

### Underskrift

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa, läkare, sjukhus, annan vårdanstalt och myndighet får lämna försäkringsbolaget de uppgifter som försäkringsbolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk

Ort och Datum	Namnteckning
---------------	--------------

Skadeanmälan skickas till:

**Marsh AB**  
**Att: EnterCard**  
**Södergatan 3**  
**211 34 Malmö**

**Observera att korrespondens i ärendet i första hand kommer att ske via e-post.**

Telefon: 08- 546 240 27, E-post: entercard@marsh.com, Org. Nummer 556298-7106