

## Skadeanmälan

LENDO Trygghetsförsäkring vid olycksfall, sjukdom och arbetslöshet.

### Försäkrad

Namn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer och Ort

E-post

Telefonnummer dagtid

Försäkringsnummer

Bank &amp; Kontonummer

**Arbetsförmåga** (Bifoga kopia sjukintyg som innehåller uppgift om sjukskivningen längd samt den läkare som utfärdat)

Är du helt sjukskriven

Uppbär du någon form av pension

Har du lidit av denna åkomma tidigare

När anlätades läkare/tandläkare

Är du anställd eller egen företagare

Egen företagare, företagets org.nr

**Arbetslöshet** (Bifoga kopia på arbetsgivarintyg som styrker din uppsägning pga arbetsbrist och där uppsägningdagen samt hur länge anställningen varat framgår, bifoga även intyg från Arbetsförmedlingen om inskrivning som arbetssökande).

**Skadeanmälare** ( om annan än försäkrad)

Namn, adress och telefonnummer dagtid.

**Skadeanmälan skickas till: Ellius Skador AB, Riddargatan 30, 11457 Stockholm. OBS! Vi hämtar EJ ut rekommenderade försändelser.**

### Underskrift och fullmakt

Samtliga uppgifter i denna anmälan är sanningsenliga, vilket härmed intygas. Jag medger att arbetslöshetskassa, arbetsförmedling, allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdinrättning samt den eller de läkare som behandlar eller tidigare behandlat mig lämnar bolaget alla för bedömande av mina ersättningskrav erforderliga upplysningar.

Datum

Namnteckning