

Anmälan om tillfällig arbetsförmåga

Försäkringstagare:	Personnummer:
Adress:	Telefon:
Postnummer och ort:	E-post:

Försäkringsnummer:
Datum för sjukskrivning:
Vilket datum började sjukdomens symtom första gången som medförde sjukanmälan och senare kontakt med läkare? (Bifoga läkarintyg)
Vad är orsaken till din arbetsförmåga?

<ul style="list-style-type: none">• Jag bekräftar att ovanstående upplysningar är korrekta och att jag inte undanhåller någon information som är av betydelse för bedömningen av skadeanmälan.• Jag samtycker härmed att till att Amtrust Nordic AB kan kontakta arbetsförmedlingen, arbetsgivare, myndigheter eller annan berörd part för att inhämta information som är nödvändig för att behandla skadeärendet.	
Underskrift av försäkringstagare:	Datum och ort:

Bifoga till skadanmälan: <ul style="list-style-type: none">• Kopia på läkarintyg
Skadeanmälan returneras till: AmTrust Nordic AB Hamngatan 11 111 47 Stockholm E-post: skador@amtrustgroup.com Telefon: 08-440 38 16