

# SKADEMELDING SYKAVBRUDDSFORSIKRING

Navn:	
Adresse:	
Postnr./sted:	
Avtalenr.:	Første fraværsdag:

Selskapets  
notater.

1. Sykemeldingens årsak.
--------------------------

2. Har du tidligere vært sykemeldt av samme årsak? (Hvis ja oppgi tidsperiode og behandlende lege).	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	-------------------------------

3. Har du tidligere fått erstatning for denne årsak til sykmelding?
---

4. Forventet friskmeldingsdato.
---------------------------------

## OPPLYSNINGER OM INNTEKTSFORHOLD / DRIFTSUTGIFTER

Siste års pensjongivende inntekt:
-----------------------------------

Årlige faste driftsutgifter:
------------------------------

Vedlagt dette skjema følger:

- Dokumentasjon på pensjongivende inntekt.  
(Kopi av ligningsoppgave, regnskapsoppgave e.l. siste regnskapsår).
- Dokumentasjon på faste driftsutgifter. (Gjelder individuell sykelønn).  
(kopi av regnskapsoppgave siste inntektsår).
- Kopi av sykemelding/er fra lege.

Jeg bekrefter at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og er kjent med at forsikringsgiver er fritatt for sitt ansvar dersom det er gitt feilaktige opplysninger. Jfr. Lov om forsikringsavtaler av 1984 Kapittel 4. Undertegnede gir samtidig med dette Connector Insurance Partner AS fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger fra lege, sykehus, trygdemyndigheter og/eller arbeidsmyndigheter i anledning denne skaden.

\_\_\_\_\_  
Sted/dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Skjema sendes: **Connector Insurance Partner AS, Rådhusgaten 11, 0151 OSLO**