

Skadeanmälan skickas till:  
Folksam, Företagsskador, 106 60 Stockholm

<b>Försäkrings- tagare</b>	Namn		Försäkringsnr
	Utdelningsadress		Personnr/Organisationsnr
	Postnr och ortnamn		Telefon dagtid, även riktnr
	Bankkontonr/Bankgironr		
	Kontaktperson hos försäkringstagaren		Telefon dagtid, även riktnr
	E-postadress		Faxnr, även riktnr
	Redovisningskyldig för moms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Är företaget ett enmansföretag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Sjukskrivning</b> Obs! bifoga kopior av sjukintyg	Försäkrad person, förnamn och efternamn		Personnr
	Utdelningsadress		Telefon dagtid, även riktnr
	Postnr och ortnamn		
	Sjukskriven fr o m år, mån, dag	Sjukskrivn.grad i %	Sjukskrivningsorsak
	Har du tidigare varit sjukskriven för samma sjukdom/symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om "Ja", när? fr o m - t o m datum
	Försäkrad persons betydelse för omsättningen (anges i %)		
<b>Företagets fasta kostnader</b>	Företagets fasta månadskostnader, kr		
	Löner och lönebikostnader	.....	
	Hyror/arrendekostnader	.....	
	Övriga fasta lokalkostnader	.....	
	Kontors-, bokförings- och försäkringskostnader	.....	
	Fasta el- och telekostnader	.....	
	Avskrivningar enligt plan och räntor	.....	
	Fasta fordonskostnader	.....	
	Kontrakterade leasingkostnader	.....	
	Övriga fasta kostnader enligt kontrakt	.....	
<b>Summa</b>	.....		
<b>Underskrift</b>	För bedömning av ersättningskraven medger jag att allmän försäkringskassa, enskild försäkringsinrättning, sjukhus eller annan vårdinrättning samt den eller de läkare som undersökt/behandlat eller tidigare undersökt/behandlat den försäkrade får lämna Folksam och den Folksam anlitat i sitt ställe alla erforderliga upplysningar om hälsotillståndet.		
	Ort och datum	Försäkringstagarens underskrift	
		Namnförtydligande	