

## Legeerklæring (fylles ut av primærlege)

## Lån- og betalingsforsikring

### Forsikret

Fornavn, Etternavn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer
Postnummer	Postadresse

### Fylles ut av primærlege

Fra hvilken dato har dere fullstendig journal for pasienten?
Vilke symptomer har pasienten og når oppstod de?
Når undersøktes pasienten for disse symptom første gangen?
Har pasienten blitt behandlet/undersøkt for samme symptom, sykdom tidligere? Hvis "Ja" angi dato. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei      Dato:
Hvilken diagnose er i følge ICD-systemet fastsatt?
Når ble diagnosen først stilt?
Fra hvilken dato ble pasienten sykemeldt? Angi sykemeldingsgrad. <b>Fra og med (dag, måned, år)      Til og med(dag, måned, år)</b> <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %
Har pasienten hatt samme diagnose tidligere? Hvis "Ja" angi dato når pasienten ble friskmeldt. (Med friskmeldt menes at pasienten er 100 % arbeidsfør og ikke søkt eller fått behandling for denne sykdom/diagnose). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei      Dato:
Hvilken lege/spesialistklinikk har faststilt diagnosen?

Jeg forsikrer at informasjonen er fullstendig og sannferdig.

Legens underskrift:	Legens stempel og dato:
Legens navn:	

## Fakturainformasjon till lege

**Vi betaler våre fakturaer fra Stockholm derfor må denne informasjonen framgå på fakturaen:**

- a) Saksnr:
- b) SWIFT- kode (bankens internasjonale ID)
- c) IBAN-nummer (internasjonale kontonummer)
- d) Fakturabeløp
- e) Betalingsfrist 30 dager

Fakturaen sendes til: [betalingsforsikring@willis.com](mailto:betalingsforsikring@willis.com)

Fakturaen skal stilles til:

Willis Towers Watson Sweden AB, Betalingsforsikring  
Box 7273  
103 89 Stockholm

Hvis du har spørsmål kan du kontakte oss på Tlf: 24 12 63 07 eller [betalingsforsikring@willis.com](mailto:betalingsforsikring@willis.com). Husk å oppgi saksnr.

Vennlig hilsen

Willis Towers Watson Sweden AB