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?
Hvilke 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. ☐ Ja ☐ Nei Dato:
Hvilken diagnose er i følge ICD-systemet fastsatt?
Når ble diagnosen først stilt?
Fra hvilken dato ble pasienten sykemeldt? Angi sykemeldingsgrad. **Fra og med (dag, måned, år)** **Til og med(dag, måned, år)** ☐ 100 % ☐ 75 % ☐ 50 % ☐ 25 %
Hvilken lege/spesialistklinikk har faststilt diagnosen?

Jeg forsikrer at informasjonen er fullstendig og sannferdig.

Legens underskrift:	Legens stempel og dato:
Legens navn:	

Fakturainformasjon til lege

Legeerklæringen skal aldri betales direkte av kunden, WTW betaler fakturaen. 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 skal stilles til:
Willis Towers Watson Sweden AB,
Betalingsforsikring Box 7273
103 89 Stockholm

Fakturaen sendes til: betalingsforsikring@wtwco.com

Hvis du har spørsmål kan du kontakte oss på Tlf: 24 12 63 07 eller betalingsforsikring@wtwco.com. Husk å oppgi saksnr.

Vennlig hilsen

Willis Towers Watson Sweden AB