

Bilaga till intyg om förlorad arbetsförtjänst för företagare

Härmed intygas att min nuvarande kalenderdagsberäknade sjukpenning som erhålls från

försäkringskassan vid sjukdom är.....kronor per dag.

Beloppet gäller fr.o.m

Vid förändring av beloppet inlämnas nytt intyg snarast.

Beloppet används för beräkning av ersättning som utgår vid förlorad arbetsinkomst.

Arbetstidsvillkor i anställning.....tim per vecka.

Huvudarbetsgivare.....

.....
Ort Datum

.....
Namn, personnummer