



SKADEANMÄLAN FÖR GRUPPFÖRSÄKRING
Olycksfall • Sjukdom

Arbetsgivarens/föreningens namn Gefvert Klient,			Gruppavtal: 400054	
Utdelningsadress		Postnr	Ort	Telefon (även riktnr)

Försäkringstagare *Anmälan avser* *gruppledmedlem* *medförsäkrad*

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)		Civilstånd <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> gift/sambo <input type="checkbox"/> ensamstående		Födelse- år	mån	dag	nr
Utdelningsadress		Postnr	Ort				

Medförsäkrads namn (ifylls endast om anmälan avser medförsäkrad)				Födelse- år	mån	dag	nr
--	--	--	--	----------------	-----	-----	----

Utbetalning önskas insatt på: <input type="checkbox"/> Bank- konto	Clearingnummer	Kontonr	Bank
	<input type="checkbox"/> Personkonto Kontonr		

Anmälan avser: *olycksfallsförsäkring* *sjukförsäkring*

Olycksfall (ifylls inte vid sjukdom)

När inträffade olycksfallet	år	mån	dag	klockslag	Larbetet <input type="checkbox"/>	På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/>	På fritid <input type="checkbox"/>
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.							
Vilken kroppsskada blev följden?							
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja	När?	På vilket sätt?	<input type="checkbox"/> Nej		

Sjukdom och rehabilitering

(Vid förtidspension eller sjukbidrag bifoga kopia av försäkringskassans beslutsmeddelande, promemoria samt läkarutlåtande)

Sjukdomens namn			När märktes de första symptomen?				
Har Du tidigare lidit av liknande sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja	När?	Vilken?	Hur länge? <input type="checkbox"/> Nej		
Beror Dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?				Är dessa besvär anmälda som arbetsskada?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Gemensamma frågor (ifylls alltid)

När anlätades läkare?	Datum	Läkarens namn och adress	
Vilken läkare sköter Dig nu?	Läkarens namn och adress		
Har Du vårdats på sjukhus?	Ja <input type="checkbox"/>	Vilket	Nej <input type="checkbox"/>
Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning?	Hel <input type="checkbox"/>	Fr o m	T om
Anm. Läkarityg måste bifogas	Delvis (minst hälften) <input type="checkbox"/>	Fr o m	T om
	¼ (25%) <input type="checkbox"/>	Fr o m	T om
Helt arbetsför?	Fr om		
Ditt nuvarande hälsotillstånd?	Helt återställd <input type="checkbox"/>	Ja	Nej <input type="checkbox"/>
Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen mer än två veckor i följd	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej <input type="checkbox"/>
Har Du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej <input type="checkbox"/>
Är Skadan anmäld dit?	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej <input type="checkbox"/>

Ange Din månadslön (den som anmälts till försäkringskassan)	Månadslön Kr
Ifylls endast vid sjukförsäkring - skattekategori P	<input type="checkbox"/> Jag betalar A-skatt (30 % skatt dras) <input type="checkbox"/> Jag betalar F-skatt (skattebevis bifogas)

Underskrift

<ul style="list-style-type: none"> Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan som anmälts till försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande. Vidare så är jag medveten om att ersättning som utbetalats till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande). 			
Ort	Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr) Bostad: Arbete

Blanketten insändes till: **Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm**

Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade).
De skuggade fälten ska inte ifyllas. UPPGIFTERNA SKA AVSE SÅVÄL OLYCKSFALLS- SOM SJUKFÖRSÄKRINGENS OMFATTNING VID SKADETILLFÄLLET

<i>Olycksfallsförsäkring</i>		<i>Sjukförsäkring, vid insjuknandedag</i>			
Gruppmedlem <input type="checkbox"/>	Medförsäkrad <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Heltid	Invaliditetskaptital	Ansluten år mån	Grundbelopp Kr	Höjningsbelopp Kr	Avregistrerad år mån
<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg- Medicinsk invaliditet	Invaliditetskapital	Ikraft år mån	Karenstid	Index <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ersättn. rätt
<input type="checkbox"/> Invaliditetstillägg- Heltid	Invaliditetskapital				Skattekategori K <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
Fritid (goff) <input type="checkbox"/>	Sveda och värk ingår <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avtalet ger ej rätt till ersättning vid ATP-karens <input type="checkbox"/>			

Premien betald till den Premien betald vid skadetillfället <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ort	Datum	Gruppföreträdarens underskrift
--	-----	-------	--------------------------------