

Ev. gruppavtalsnummer	Försäkringsnummer
-----------------------	-------------------

Personuppgifter *Besvaras alltid*

Den försäkrades namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Ort och postnummer	Förfallodag
Telefon inkl riktnummer	Telefon arbetet inkl riktnummer/mobil	E-post	

Betalningsinformation *Utbetalningen önskas insatt på:*

<input type="checkbox"/> Bankgiro	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		

Olycksfall

Klockslag vid olyckstillfället år mån dag I arbetet På väg till eller från arbetet På fritid

Beskriv hur olycksfallet gick till (ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter)

Vilken kroppsskada blev följden?

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja Nej När? På vilket sätt?

Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning?	<input type="checkbox"/> Hel	Fr.o.m	T.o.m
Anm. Läkarintyg måste bifogas	<input type="checkbox"/> Delvis (minst hälften)	Fr.o.m	T.o.m
	<input type="checkbox"/> (25%)	Fr.o.m	T.o.m
Helt arbetsför? Ditt nuvarande hälsotillstånd?	Helt återställd <input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m	<input type="checkbox"/> Nej
Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen mer än två veckor i följd?	<input type="checkbox"/> Ja	Fr.o.m	<input type="checkbox"/> Nej
Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja Fr.o.m T.o.m <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, i vilket bolag?	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

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

- Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, intyg med mera som Euro Accident Health & Care Insurance AB (EA), försäkringsgivaren, eller de företag som EA anlitat för medicinsk riskbedömning eller skadereglering behöver, för att handlägga denna skadeanmälan.
- Jag medger att EA, försäkringsgivaren eller de företag EA anlitat för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.
- Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som utbetalats till mig genom gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbets-skada (AMF/TFA eller motsvarande).

Ort	Datum	Telefon dagtid (även riktnr)
Namn-teckning	Telefon bostad (även riktnr)	
Namn-förtydligande	Mobil	