

Anmälan avser: Försäkrad/gruppmedlem Medförsäkrad

» Försäkrings-/gruppavtalsnummer samt Arbetsgivare/försäkringsförmedlare

Försäkrings-/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
--------------------------------	------------------------------------

» Försäkrad/Skadelidande

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» Redogörelse för olycksfallet

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (ÅÅMMDD och klockslag).	Platsen för olycksfallet (t.ex. adress, ort, lokal m.m.).
Hur gick olycksfallet till? Ange händelseförlopp och övriga omständigheter.	
Vilken kroppsdel skadades?	
När anlätades läkare första gången? (ÅÅMMDD)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdelens sitter. <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? Hur?	
Har olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? Om Ja, bifoga kopia på sjukskrivningsintyg. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange under vilken tidsperiod sjukskrivningen varade. Fr.o.m. T.o.m.
Vilken behandling har du fått? Vid operation, ange även datum för operationen.	Datum för eventuell operation
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus (namn)?
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade. Fr.o.m. T.o.m.	Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.
Har du gällande sjuk-/olycksfallsförsäkring eller, i förekommande fall, trafikförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, i vilket bolag?
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Använde du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress.	

» Bilagor

De utgifter du vill begära ersättning för ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

» Utbetalning önskas enligt nedan

<input type="checkbox"/> Bankkonto - Clearingnr	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto		<input type="checkbox"/> Plusgiro
<input type="checkbox"/> Bankgiro		Namn på kontohavare

» Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på www.euroaccident.se eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

» Underskrift

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift skadelidande
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år.	Namnförtydligande

» Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

Vänligen bifoga en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av företrädaren för gruppen vid självadministrerande avtal (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Gruppmedlem <input type="checkbox"/>	Sjuk- och Olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/>	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
Medförsäkrad <input type="checkbox"/>	Olycksfallsförsäkring <input type="checkbox"/>	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
Premien betald till (datum)	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Gruppföreträdarens underskrift		
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande		