

» 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

» Uppgifter om diagnosen (Besvaras alltid – vid arbetsförmåga och/eller diagnoskapital)

Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? Ange datum
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? Ange namn och adress	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , när? ange datum
Vilken sjukdom?	Hur länge?

» Sjukhistorik från Försäkringskassan

För att kunna handlägga din anmälan av arbetsförmåga ber vi dig bifoga kopia på sjukskrivningsintyg och intyg om sjukpenning under de senaste fyra åren från Försäkringskassan.

» Uppgifter om arbetsförmågan (Besvaras inte om anmälan endast avser diagnoskapital)

Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja, ange i vilken omfattning? Bifoga även alla beslut från Försäkringskassan samt kopia på läkarintyg.	<input type="checkbox"/> 100 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 50 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.o.m.
Är du fullt arbetsför? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	Har du gällande sjukförsäkring 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		
Var du helt eller delvis arbetslös i samband med att du blev sjukskriven? Om Ja, ange från och med när. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan)	

» Arbetsbeskrivning

Beskriv dina arbetsuppgifter nedan

» 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		

» Annan ersättning/annat land

Är du berättigad till sjuk- eller rehabiliteringspenning, eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga, från annan försäkring eller annat lands försäkringskassa?

Ja Nej

Om Ja, i vilket bolag alternativt i vilket land?

» 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	Medförsäkrad	Sjukförsäkring	K	P	Grundbelopp/Höjningsbelopp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Karenstid	Ansluten - år månad dag			Avregistrerad - 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				