

» Försäkrings-/avtalsnummer samt arbetsgivare/försäkringsförmedlare

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
-------------------------------------	------------------------------------

» Försäkrad/Skadelidande

Namn (Vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» 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

» Uppgifter om sjukdomen/tillståndet

Var god bifoga kopia på läkarjournal gällande anmäld sjukdom/tillstånd.

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när?
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Vilken läkare behandlar/behandlade dig (namn)?	Läkarens/vårdinrättningens namn
Läkarens/vårdinrättningens adress	
Har du vårdats på sjukhus p.g.a. anmäld sjukdom/tillstånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus?
Sjukhusets adress	
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Ange Försäkringskassans adress

» 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 att 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 av den försäkrade/skadelidande

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 Euro Accident 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.

Jag samtycker till att Euro Accident Livförsäkring AB inhämtar uppgifter och handlingar från försäkringsbolag, arbetsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma rätten till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.

Ort och datum	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.

Försäkringsbelopp vid skadetillfället (kr)	Datum för senaste höjning av beloppet		
Var försäkrad fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avregistrerad (datum)	Ursprunglig anslutning till kritisk sjukdom (datum)	Konverteringsdatum
Var försäkrad ansluten vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift		
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande		