

Ifylls av vårdnadshavare om anmälan avser person under 18 år.

» **Försäkrings-/gruppavtalsnummer samt eventuell försäkringsförmedlare**

Försäkrings-/gruppavtalsnummer	Försäkringsförmedlare
--------------------------------	-----------------------

» **Försäkrad/Skadelidande**

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

» **Kontouppgifter**

Vårdnadshavarens bank	Barnets bank
Vårdnadshavarens plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer	Barnets plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer
Namn på kontohavare/barnet	Namn på kontohavare/barnet

» **Redogörelse för sjukdom**

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har barnet/du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)
Har barnet/du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?
För barn födda utanför Norden krävs att barnet bott i Sverige 1 år, ange datum då barnet anlände till Sverige:	Är barnets/din sjukdom anmäld som arbetsskada till AFA/Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» **Redogörelse för olycksfallet**

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (år, månad, dag 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? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)

» Redogörelse för olycksfallet fortsättning

Vilken diagnos har barnet/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.

» Avser försäkrad/skadelidande under 19 år

Har vårdbidrag från allmän försäkring sökts eller utbetalats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När söktes vårdbidraget? (datum)
Om Ja, hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod? <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m. T.o.m.

» Besvaras vid tandskada

Intyg från tandläkare behövs inte för försäkringsbolagets bedömning.  
Markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. Markera M för mjölk tänder och P för permanenta tänder.

» Besvaras alltid – vid både sjukdom och olycksfallsskada

Vilken behandling har barnet/du fått? Vid operation ange även datum för operationen.	Datum för eventuell operation
Har barnet/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 barnet/du fullt återställt? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.
Har barnet/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	Använda barnet/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.

» Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till Euro Accident kommer att behandlas av Euro Accident, för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra företag som Euro Accident samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad person rätt att få information om och rättelse av de personuppgifter som registrerats. Sådan begäran ska framställas skriftligen till Euro Accident. Personuppgiftsansvarig är: Euro Accident Health & Care Insurance AB, Bäckgatan 16, 352 31 Växjö.

Jag vill inte få information från Euro Accident eller dess samarbetspartners rörande andra produkter.

### » 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	Underskrift skadelidande
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år.	Namnförtydligande

### » Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras ej av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Premien betald till den (datum) När anslöts den försäkrade till försäkringen?	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum	Gruppföreträdarens namnteckning
Invaliditetsbelopp	Namnförtydligande