

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

Anmälan avser: Sjuk- och Olycksfallsförsäkring Olycksfallsförsäkring

» Redogörelse för sjukdom

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? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Är sjukdomen anmäld som arbetsskada till AFA/Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

» Redogörelse för olycksfallet (ifylls inte vid sjukdom)

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 (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)
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.

» Besvaras alltid – vid både sjukdom och olycksfallsskada

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

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 anlitat 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

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	Gruppföreträdarens underskrift		
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande		