

Anmälan avser: Diagnoskapital Arbetsoförmåga

» 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 arbetsoförmåga 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 arbetsoförmåga ber vi dig bifoga kopia på sjukskrivningsintyg och intyg om sjukpenning under de senaste fyra åren från Försäkringskassan.

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

Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja , ange i vilken omfattning och bifoga 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 månadslöns (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

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

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	Gruppföreträdarens underskrift				
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande				