

Anmälan avser: Sjukavbrottsförsäkring Sjukavbrottsförsäkring bas

» **Försäkrings-/gruppavtalsnummer**

Försäkrings-/gruppavtalsnummer

» **Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare samt Försäkringstagare**

Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens namn	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens utdelningsadress
Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens postnummer och ort	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens telefonnummer
Försäkringstagarens/Företagets namn	Försäkringstagarens/Företagets organisationsnummer

» **Försäkrad/Skadelidande**

Namn försäkrad	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» **Uppgifter om arbetsförmågan**

För att kunna handlägga ditt ärende ber vi dig bifoga kopia på sjukskrivningsintyg och intyg om sjukpenning under de senaste fyra åren från Försäkringskassan.

Var du fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Vilken diagnos har du fått av läkaren?		När ställdes diagnosen? (datum)	
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn och adress)			
Vilken läkare behandlar dig nu? (ange namn och adress)			
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja, när? (datum)	
Vilken sjukdom?		Hur länge?	
Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja, ange i vilken omfattning?	<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		Har du gällande sjukavbrottsförsäkring 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	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

» Bilagor

Bifoga kopia på det senaste årsbokslutet inklusive resultatrapport. Gäller ej sjukavbrottsförsäkring bas.

» Företagets kontouppgifter

<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

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

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift skadelidande
Telefon	Namnförtydligande

» Uppgifter om arbetsförmågan

Vänligen bifoga en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av företrädaren för gruppen vid själv-administrerande avtal (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Var försäkrad ansluten vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringen avregistrerad (datum) Datum för senaste höjning av beloppet
Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Konverteringsdatum
Ursprungligt anslutningsdatum till sjukavbrottsförsäkring	Försäkringsbelopp vid skadetillfället (kr)
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Gruppföreträdarens underskrift
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande