



Vill du fylla i skadeanmälan digitalt?

Scanna QR-koden eller klicka på länken för att komma till formuläret. Klicka "här" för att ta dig direkt till formuläret.



Anmälan avser: Försäkrad/gruppmedlem Medförsäkrad

» Försäkrad/Skadelidande

Har du skyddad identitet? Om Ja, fyll **endast** i de fält nedan markerad med symbolen: **S**

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer S
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer S
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon S	E-post

» Redogörelse för olycksfallet

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).	Plats 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.
Vilken behandling har du fått?	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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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.	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10

» Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar

» Bilagor

De utgifter du vill begära ersättning för ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

» Konto för utbetalning

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Anmäl därför det bankkonto som ersättningen ska gå till på swedbank.se/kontoregister. Bankkontot kan finnas hos en annan bank och kräver inte en kundrelation med Swedbank. Om anmälan saknas skickar vi en avi som kan lösas in via Swedbanks webbplats eller i vissa butiker.

» 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

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