

» För att kunna handlägga ditt ärende ber vi dig bifoga

- kopia på samtliga sjukskrivningsintyg
- vidimerad kopia av ID-handling (körkort, pass eller annan godkänd ID-handling), se bilaga

» Uppgifter om den försäkrade

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	Mobiltelefon
E-post	
Arbetsgivare	Ange din årsinkomst
Beskriv dina arbetsuppgifter	

» Redogörelse för olycksfallet (ifylls ej vid sjukdom)

När inträffade olycksfallet ange datum	Anlitades läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange datum
Vilken kroppsskada blev följden?		
Hur gick det till?		

» Redogörelse för sjukdom

Sjukdomens namn	När märktes de första symptomen?	När anlätades läkare första gången för dessa symptom?
Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När, ange datum	Vilken sjukdom?
		Hur länge?

» Besvaras alltid (vid både olycksfall/sjukdom)

Vilken dag var din första sjukskrivningsdag, dvs karensdag?	Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning i över 90 dagar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, ange i vilken omfattning	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> 100 %	T.o.m.
<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> 50 %	T.o.m.
<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> 25 %	T.o.m.
Är du fullt arbetsför? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
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.

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

Tel 0771- 10 50 11

» Annan ersättning/annat land

Är du utöver Försäkringskassan och denna försäkring berättigad till annan ersättning som avser inkomstbortfall på grund av arbetsoförmåga?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
I vilket/vilka bolag/vilket land?	
Är skadan anmäld dit?	Vilket månadsbelopp utbetalas vid hel ersättning?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

» Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar

» 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.

» Premiebefrielseförsäkring – utbetalning

I vilket bolag finns tjänstepensionsförsäkring

» 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
Telefon	Namnförtydligande

» Kopia av giltig legitimation (ifylles av kund)

Plats nedan för kopia av ID-handling (körkort, pass eller bankernas och postens ID-kort).

LÄGG DIN ID-HANDLING INOM DENNA RUTA OCH TA EN KOPIA

» Denna fotokopia på ID-handling ska vidimeras av två personer (man kan ej vidimera själv)

Härmed vidimeras ovanstående kopia av ID-handling

Ort och datum	Ort och datum
---------------	---------------

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande	Namnförtydligande
Gatuadress	Gatuadress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Telefonnummer dagtid

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.

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se