

Anmälan avser: Gruppmedlem Medförsäkrad

» **Försäkrings-/gruppavtalsnummer samt arbetsgivare/försäkringsförmedlare**

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

» **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

» **Uppgifter om diagnos**

Ange diagnos	Ange första sjukskrivningsdag
--------------	-------------------------------

» **Sjukhistorik försäkringskassan**

För att vi ska kunna handlägga ditt ärende behöver du bifoga kopia av samtliga sjukskrivningsintyg samt ett intyg om sjukpenning från Försäkringskassan, ett så kallat O37-intyg, från och med första sjukskrivningsdagen. Intyget beställer du via Försäkringskassans kundtjänst eller via din handläggare.

» **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 av den försäkrade/skadelidande**

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.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift skadelidande
Telefon	Namnförtydligande

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10