



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 sjukdom

Bifoga om möjligt kopia på läkarjournal.

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?

» 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 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. 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 och handlingar från försäkringsbolag, arbetsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket och andra myndigheter 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

Skicka handlingarna till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10