

Anmälan avser:  Försäkrad/gruppmedlem  Medförsäkrad**» Försäkrings-/gruppavtalsnummer samt Arbetsgivare/försäkringsförmedlare**

Försäkrings-/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 - Clearing nr	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto		<input type="checkbox"/> Plusgiro
<input type="checkbox"/> Bankgiro		Namn på kontohavare

**» 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?
Beror dina besvär på skadlig inverkan i arbetet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**» 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](http://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](http://www.euroaccident.se)

077-440 00 10

**» Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal**

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

<input type="checkbox"/> Gruppmedlem	<input type="checkbox"/> Fatal sjukdom	Livförsäkringsbelopp	Ansluten - år månad dag
<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Fatal sjukdom	Livförsäkringsbelopp	Ansluten - år månad dag
Premien betald till (datum)		Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ort och datum		Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare		Gruppföreträdarens namnförtydligande	