

» För att kunna handlägga ditt ärende ber vi dig bifoga

- kopia på samtliga sjukskrivningsintyg
- intyg om sjukpenning från Försäkringskassan med fullständig historik (sk O37 intyg)
- vidimerad kopia av ID-handling (körkort, pass eller annan godkänd ID-handling), se bilaga
- Försäkringskassans senaste beslut om Sjukpenninggrundande inkomst – SGI

» Uppgifter om den försäkrade

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» PlanSjukförsäkring – utbetalning

Utbetalning till den försäkrade insättes på (bankens namn)		
Cleringnr	<input type="checkbox"/> Bankkontonr	<input type="checkbox"/> Personkontonr

» Premiebefrielseförsäkring – utbetalning

I vilket bolag finns tjänstepensionsförsäkring
--

» Redogörelse för olycksfallet (ifylls ej vid sjukdom)

När inträffade olycksfallet, hur gick det till och vilken kroppsskada blev följden?

» Redogörelse för sjukdom

Sjukdomens namn	När märktes de första symptomen?	När anlätades läkare (datum)?	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När, ange datum	Vilken?	Hur länge?

» Arbetsbeskrivning

Beskriv dina arbetsuppgifter nedan

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

Tel 0771- 10 50 11

» Besvaras alltid (vid både olycksfall/sjukdom)

Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja, ange i vilken omfattning?	<input type="checkbox"/> 100 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 50 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.o.m.
Är du fullt arbetsför? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.		Har du gällande företagsbetald sjukförsäkring 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	Vilket månadsbelopp utbetalas vid hel ersättning?
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.		Ange din årsinkomst (den som anmäls till Försäkringskassan)	

» Annan ersättning/annat land

Är du berättigad till sjuk- eller rehabiliteringspenning, eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga, från annan försäkring eller annat lands försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, i vilket bolag alternativt i vilket land?	

» Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar

» 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 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
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