

» Försäkrings-/avtalsnummer samt arbetsgivare/försäkringsförmedlare

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
Arbetsgivarens/försäkringsförmedlarens utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Försäkrad/skadelidande

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlemens namn och personnummer)	Personnummer
Utdelningsadress <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Postnummer och ort
Telefon	E-post
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo/registrerad partner <input type="checkbox"/> Ensamstående	

» 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 sjukdomen/tillståndet

Var god bifoga kopia på läkarjournal gällande anmäld sjukdom/tillstånd.

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?
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Vilken läkare behandlar/behandlade dig (namn)?	Läkarens/vårdinrättningens namn
Läkarens/vårdinrättningens adress	
Har du vårdats på sjukhus p.g.a. anmäld sjukdom/tillstånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus?
Sjukhusets adress	
Har sjukdomen/tillståndet föranlett sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange under vilken tidsperiod sjukskrivningen varade: Fr.o.m. _____ T.o.m. _____
Är du fullt återställd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, från och med när? Fr.o.m. _____
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Ange Försäkringskassans adress

Skicka handlingarna till

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10

» 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 anlitat 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	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande

» 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"/> Medförsäkrad	Försäkringsbelopp vid skadetillfället (kr)	Datum för senaste höjning av beloppet
Var försäkrad fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avregistrerad (datum)	Ursprunglig anslutning till kritisk sjukdom (datum)	Konverteringsdatum
Var försäkrad ansluten vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ort och datum		Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare		Gruppföreträdarens namnförtydligande	