

Blanketten fylls i av vårdnadshavare om skadeanmälan avser en person som är under 18 år. Den kan även fyllas i av ett myndigt barn som är 18 år eller äldre, och som har en Barn- och ungdomsförsäkring genom sina föräldrar.

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

Försäkrings-/gruppavtalsnummer	Försäkringsförmedlare
--------------------------------	-----------------------

» **Försäkrad/Skadelidande**

Namn (Vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» **Kontouppgifter**

Vårdnadshavarens bank	Barnets bank
Vårdnadshavarens plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer	Barnets plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer
Namn på kontohavare/barnet	Namn på kontohavare/barnet

» **Redogörelse för sjukdom**

När märktes de första symptomen? (datum)	När anlätades läkare för första gången? (datum)
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)	Vilken diagnos har barnet/du fått av läkaren?
När ställdes diagnosen? (datum)	Har barnet/du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, när? (datum)	Vilken sjukdom?
Hur länge?	Är sjukdomen anmäld som arbetsskada till AFA/Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
För barn födda utanför Norden krävs att barnet bott i Sverige 1 år, ange datum då barnet anlände till Sverige:	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se

077-440 00 10

» Bilagor

De utgifter du vill begära ersättning för ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

» 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 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 (ÅÅMMDD)	Underskrift skadelidande
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år.	Namnförtydligande

» Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras ej av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Premien betald till den (datum) När anslöts den försäkrade till försäkringen?	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum	Gruppföreträdarens namnteckning
Invaliditetsbelopp	Namnförtydligande