



**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.



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.

**» Försäkrad/Skadelidande**

Har målsman eller barnet skyddad identitet? Om Ja, fyll **endast** i de fält nedan markerad med symbolen: **S**

Gruppmedlems namn <b>S</b>	Personnummer <b>S</b>
Barnets namn <b>S</b>	Barnets personnummer <b>S</b>
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon <b>S</b>	E-post

**» 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?	För barn födda utanför Norden krävs att barnet bott i Sverige 1 år, ange datum då barnet anlände till Sverige:

**» Redogörelse för olycksfallet**

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (år, månad, dag och klockslag).	Plats för olycksfallet (t.ex. adress, ort, lokal m.m.).
Hur gick olycksfallet till? Ange händelseförlopp och övriga omständigheter.	
Vilken kroppsdel skadades?	
När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har barnet/du fått av läkaren?	Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdelens sitter. <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? Hur?	

**Handlingarna skickas till:**

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

077-440 00 10

**» Avser försäkrad/skadelidande under 19 år**

Har vårbidrag från allmän försäkring sökts eller utbetalats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När söktes vårbidraget? (datum)	
Om Ja, hur stort vårbidrag beviljades och för vilken tidsperiod? <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.o.m.

**» Besvaras vid tandskada**

Ange vart tänderna som skadats sitter: <input type="checkbox"/> Överkäke <input type="checkbox"/> Underkäke	På vilken sida i munnen sitter de skadade tänderna? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Framtill	
Har du sökt tandläkare för de skadade tänderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när?	
Ange namn och adress till tandläkaren		

**» Besvaras alltid – vid både sjukdom och olycksfallsskada**

Vilken behandling har barnet/du fått?		Datum för eventuell operation
Har barnet/du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus (namn)?	
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade. Fr.o.m. T.o.m.	Är barnet/du fullt återställt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Nej, är barnet/du färdigbehandlat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har barnet/du gällande sjuk-/olycksfallsförsäkring eller, i förekommande fall, trafikförsäkring 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	Använde barnet/du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress.		

### » Konto för utbetalning

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Anmäl därför det bankkonto som ersättningen ska gå till på [swedbank.se/kontoregister](http://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. Ersättning över 1 prisbasbelopp utbetalas direkt till ett överförmyndarspärtrat konto i barnets namn om barnet är under 18 år.

### » 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](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

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