

Anmälan avser: ☐ Gruppmedlem

☐ Medförsäkrad

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

Försäkrings-/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
--------------------------------	------------------------------------

» **Skadelidande**

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» **Redogörelse för olycksfallet**

När inträffade olycksfallet?	
☐ I arbetet	☐ På väg till eller från arbetet
☐ På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (år, månad, dag och klockslag).	Platsen 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 du fått av läkaren?	Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdelens sitter. ☐ Höger ☐ Vänster
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan.	
☐ Ja ☐ Nej	När? Hur?
Har olycksfallsskadan föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning? Om Ja, bifoga kopia på sjukskrivningsintyg. ☐ Ja ☐ Nej	Ange under vilken tidsperiod sjukskrivningen varade. Fr.o.m. T.o.m.
Vilken behandling har du fått? Vid operation, ange även datum för operationen.	Datum för eventuell operation
Har du varit inlagd på sjukhus? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja, vilket sjukhus (namn)?
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade. Fr.o.m. T.o.m.	Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när? ☐ Ja ☐ Nej Fr.o.m.
Har du gällande sjuk-/olycksfallsförsäkring eller, i förekommande fall, trafikförsäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja, i vilket bolag?
Är skadan anmäld dit? ☐ Ja ☐ Nej	Använde du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin? ☐ Ja ☐ Nej
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress.	

» Bilagor

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

» Utbetalning önskas enligt nedan

☐ Bankkonto – Clearingnr	Kontonummer	Bank
☐ Personkonto		☐ Plusgiro
☐ Bankgiro		Namn på kontohavare

» 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. Integritetspolicy, 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

» 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
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år.	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.

Gruppmedlem ☐	Sjuk- och Olycksfallsförsäkring ☐	Invaliditetskapital	Ansluten – år månad dag
Medförsäkrad ☐	Olycksfallsförsäkring ☐	Invaliditetskapital	Ansluten – år månad dag
Premien betald till (datum)		Var premien betald vid skadetillfället? ☐ Ja ☐ Nej	
Ort och datum (ÅÅMMDD)		Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare		Gruppföreträdarens namnförtydligande	