

Anmälan avser:  Försäkrad/gruppmedlem  Medförsäkrad

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Arbetsgivare/försäkringsförmedlare
-------------------------------------	------------------------------------

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete (och ev. mobiltelefon)
E-postadress för korrespondens	

 Anmälan avser:  Sjuk- och Olycksfallsförsäkring  Olycksfallsförsäkring

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? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Är din sjukdom anmäld som arbetsskada till AFA/Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> 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?		
Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdelens sitter <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken diagnos har du fått av läkaren?	
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)		
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan		
När?	Hur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har olycksfallsskadan föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning? Om Ja, bifoga kopia på sjukskrivningsintyg. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.		
Har 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 du fullt återställd? Om Ja, från och med när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Har 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 du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress		
OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.		

<input type="checkbox"/> Bankkonto: Clearingnr:	Kontonummer:	Bank:
<input type="checkbox"/> Personkonto:	<input type="checkbox"/> Plusgiro:	<input type="checkbox"/> Bankgiro:
Namn på kontohavare		

Ange nedan övriga upplysningar

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för skadereglering. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att:

- försäkringsgivaren 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.

Ort och datum	Namn-teckning
---------------	---------------

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"/> Sjuk- och Olycksfallsförsäkring	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
<input type="checkbox"/> Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring	Invaliditetskapital	Ansluten - år månad dag
Premien betald till (datum)	Var premien betald vid skadetillfället?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift		
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande		