

Försäkringsnummer/Gruppväxtalsnummer	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	

VIKTIGT!

Var god bifoga kopia på sjukskrivningsintyg och intyg om sjukpenning (s.k. 037-bild) från de senaste 4 åren, från Försäkringskassan.

Vilken diagnos har du fått av läkaren?		När ställdes diagnosen? (datum)	
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn och adress)			
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om Ja, när? (datum)	
Vilken sjukdom?		Hur länge?	
Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange i vilken omfattning? Bifoga även alla beslut från Försäkringskassan samt kopia på läkarintyg.	<input type="checkbox"/> 100 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 50 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.om.
Är du fullt arbetsför? Om Ja, från och med när?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Har du gällande sjukförsäkring 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	
Var du helt eller delvis arbetslös i samband med att du blev sjukskriven? Om Ja, ange från och med när.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan)		Månadslön Kr	

Beskriv dina arbetsuppgifter nedan

Ange nedan övriga upplysningar

Bankkonto: Clearingnr:

Kontonummer:

Bank:

Personkonto:

Plusgiro:

Bankgiro:

Är du berättigad till sjuk- eller rehabiliteringspenning, eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga, från annan försäkring eller annat lands försäkringskassa?

Ja

Nej

Om Ja, i vilket bolag alternativt i vilket land?

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare samt försäkrade. Uppgifterna används för att Euro Accident ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Euro Accidents verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Euro Accident eller de företag som Euro Accident samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Euro Accident rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Personuppgiftsansvarig är Euro Accident Health & Care Insurance AB, Bäckgatan 16, 352 31 Växjö.

Jag vill inte få information från Euro Accident eller dess samarbetspartners rörande andra produkter.

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	Underskrift skadelidande
Telefon	Namnförtydligande

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	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> P	Grundbelopp/Höjningsbelopp
Karenstid	Ansluten - år månad dag				Avregistrerad - år månad dag
Premien betald till (datum)	Var premien betald vid insjuknandetillfället?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift				
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande				