

Skadeanmälan/kvittoersättning | PrivatAccess

OBS! Fält markerade med *) är obligatoriska och måste fyllas i. Använd en skadeanmälan per skada.

Vid mindre anspråk kan dessa ersättas direkt via telefonnummer 0771-105 014 (kontorstid).

Namn	Personnummer*)
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid*)	E-postadress

ifylls endast om skadan avser medförsäkrad eller barn

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid)	E-postadress för korrespondens

Ev. gruppavtalsnamn/gruppavtalsnummer

Bank	Clearing- och kontonummer
Ange plusgiro, bankgiro eller personkonto	Namn på Kontohavare

Avser denna anmälan/kvittoersättning en till Euro Accident tidigare anmäld skada?*) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja , ange skadenummer och fortsätt därefter direkt på sida 2	Skadenummer
Om Nej , fyll i nedan och fortsätt därefter på sida 2	
Vilken kroppsskada/sjukdom avser din skadeanmälan? Om exempelvis ömmande knä, ange vänster eller höger *)	
Från vilket datum har du haft symptom från dina besvär?*)	
Har du mottagit behandling för dina besvär?*) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, när?	
Om Ja, ange vårdgivarens namn och adress	

För omfattning och begränsningar, se gällande villkor för din försäkring

För en smidigare handläggning, vänligen numrera dina kvitton och specificera nedan. Bifoga en sammanställning av samtliga originalkvitton uppklistrade på ett separat papper (gärna A4-ark), undvik gem och häftklammer.

Receptbelagd medicin. Bifoga apotekskvittots receptspecifikation i original. Notera att endast egenavgift ersätts.

Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
		Totalt kronor	

Vård, resekostnader och hjälpmedel. Bifoga kvittot i original.

Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
		Totalt kronor	

Resor med egen bil.

Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade och premiebetalare. 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
Ort och datum	Underskrift av målsman om den skadelidande är under 18 år