

Ifylls av vårdnadshavare om anmälan avser person under 18 år.

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Försäkringsförmedlare
-------------------------------------	-----------------------

Namn (vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete (och ev. mobiltelefon)
E-postadress för korrespondens	

Bank	Clearing- och kontonummer
Plusgiro, bankgiro eller personkonto	Namn på kontohavare

Bifoga, om möjligt, kopia på läkarjournal.

När märktes de första symptomen? (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?
Beror barnets/dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

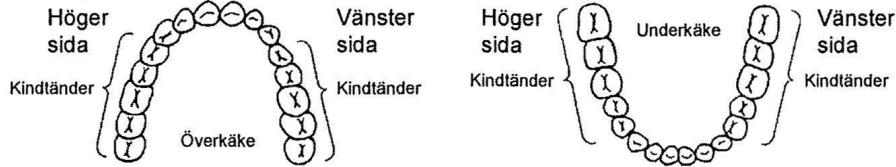
När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet eller på väg till/från <input type="checkbox"/> Under idrottsutövande <input type="checkbox"/> På fritiden	
Tidpunkt för olycksfallet (år, månad, dag och klockslag)	Platsen för olycksfallet (t.ex. adress, ort, lokal m.m.)
Hur gick olycksfallet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

Version 1.2009

Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	När söktes vårdbidraget? (datum)
Om Ja, bifoga en kopia på Försäkringskassans beslut.			

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning.

Markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. Markera M för mjölk tänder och P för permanenta tänder.



Vilken läkare behandlar/behandlade barnet/dig? (namn)	Läkarens/vårdinrättningens adress	
Har barnet/du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus (namn)?	
Sjukhusets adress		
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade:	Fr.o.m.	T.o.m.
Är barnet/du fullt återställt? Om Ja, från och med när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Har barnet/du gällande sjuk- eller olycksfallsförsäkring 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
Vilken Barnvårdscentral/Försäkringskassa tillhör barnet/du?	Ange Barnvårdscentralens/Försäkringskassans fullständiga adress	
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		
OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.		

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.

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkrade 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.	
<input type="checkbox"/> 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:	
<ul style="list-style-type: none"> läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden, 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
Underskrift av målsman om den skadelidande är under 18 år	Namnförtydligande