

# Skadeanmälan/kvittoersättning | PrivatAccess

Ev. gruppavtal/gruppavtalsnummer	Försäkringsnummer	Skadenummer
----------------------------------	-------------------	-------------

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

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

\* Ifylls endast om skadan avser medförsäkrad eller barn

Skadedatum	Skadeplats
------------	------------

Beskriv vad som hänt och bifoga läkarintyg

Var inträffade olycksfallet/sjukdomen?  På arbetet  På väg till eller från arbetet  På fritiden

Vilken kroppsskada blev följden? Vid sjukdom ange diagnos

Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?  Ja  Nej

Om Ja, när?  Hur?

Har du tidigare sökt läkare eller vård p.g.a. denna eller liknande sjukdom/skada?  Ja  Nej

Om Ja, när?  Var?

Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring?  Ja  Nej

Om Ja, vilket försäkringsbolag?  Försäkringsnummer?

Är skadan anmäld dit?  Ja  Nej

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

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

\*Anger du inget av ovanstående betalningsalternativ görs utbetalningen via utbetalningsavi

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:

- 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 skadeanmälan 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
Ort och datum	Underskrift av målsman om den skadelidande är under 18 år

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.