

Skadeanmälan

förtidskapital & premiebefrielse

 Anmälan avser: Försäkrad/Gruppmedlem Medförsäkrad Förtidskapital Premiebefrielse

Gruppvavtalsnummer	Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare
--------------------	------------------------------------

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer	Civilstånd (gift, ogift, sambo, registrerad partner)
Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer	Civilstånd (gift, ogift, sambo, registrerad partner)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Telefonnummer dagtid	E-postadress	

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

Vänligen bifoga kopia på sjukhistorik, s.k. 036-bild, och/eller en kopia på beslutet om sjukersättning. Båda dessa erhålls från Försäkringskassan.

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 anlitat för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitat för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden,
- försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitat för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum	Underskrift gruppmedlem/medförsäkrad
---------------	--------------------------------------

Försäkringens omfattning när rätt till förtidskapital/premiebefrielse inträder.	Anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Månadspremie		
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Barn
Livförsäkring med barnskydd	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Livförsäkring med förtidskapital och barnskydd	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Fristående förtidskapital med option	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Kritisk sjukdomsförsäkring	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Olycksfallsförsäkring	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Sjuk- och Olycksfallsförsäkring	Datum	Datum	Förs.belopp pbb	Förs.belopp pbb	Premie	Premie	
Barn- och ungdomsförsäkring	Datum	Datum	Förs.belopp pbb		Premie	Premie	
Sjukförsäkring Månadslön:	Datum		Förs.belopp kr		Premie		
Avbrottsförsäkring	Datum		Förs.belopp pbb		Premie		
PrivatAccess Guld	Datum	Datum			Premie	Premie	
PrivatAccess Silver	Datum	Datum			Premie	Premie	Premie
PrivatAccess Brons	Datum	Datum			Premie	Premie	Premie
Underskrift gruppförträdare	Namnförtydligande/Förmedlingskontor						

OBS! Vänligen bifoga en kopia på Försäkringsbeskedet!