

# Skadeanmälan | Kritisk sjukdomsförsäkring

Försäkringsnummer/Gruppvavalsnummer	Arbetsgivare/Försäkringsförmedlare
Arbetsgivarens/försäkringsförmedlarens utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post

Anmälan avser:  Försäkrad/Gruppmedlem  Medförsäkrad

Namn (försäkrad/gruppmedlem)	Personnummer
Namn (medförsäkrad - fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo/registrerad partner <input type="checkbox"/> Ensamstående	Telefonnummer dagtid
E-postadress för korrespondens	

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

Var god bifoga kopia på läkarjournal gällande anmäld sjukdom/tillstånd.

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)	
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)	
Vilken sjukdom?	Hur länge?	
Vilken läkare behandlar/behandlade dig (namn)?	Läkarens/vårdinrättningens namn	
Läkarens/vårdinrättningens adress		
Har du vårdats på sjukhus p.g.a. anmäld sjukdom/tillstånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus?	
Sjukhusets adress		
Har sjukdomen/tillståndet föranlett sjukskrivning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ange under vilken tidsperiod sjukskrivningen varade:	Fr.o.m.	T. om.
Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Ange Försäkringskassans adress	

Version 1.2010

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.

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:

- 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	Namnteckning		
Telefon dagtid (även riktnummer)	Bostad	Arbete	Namnförtydligande

Försäkringsgivare: Generali PanEurope Ltd.

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	Försäkringsbelopp vid skadetillfället (kr)	Datum för senaste höjning av beloppet
Var försäkrad fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Avregistrerad (datum)	Ursprunglig anslutning till kritisk sjukdom (datum)
Var försäkrad ansluten vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Konverteringsdatum
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande	

Version 1.2010