

Försäkringsnummer/Gruppvattnummer

Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens namn	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens utdelningsadress
Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens postnummer och ort	Arbetsgivarens/Försäkringsförmedlarens telefonnummer
Försäkringstagarens/Företagets namn	Försäkringstagarens/Företagets organisationsnummer

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

Arbetsförmågan beror på: Sjukdom Olycksfall

Vänligen bifoga kopia på läkarjournal och sjukhistorik (sk 036-bild) för de senaste 4 åren från Försäkringskassan.	Var du fullt arbetsför vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (år, månad, dag och klockslag)		
Vilken läkare/vårdinrättning anlätades då? (ange namn och adress)			
Vilken läkare behandlar dig nu? (ange namn och adress)			
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)		
Vilken sjukdom?	Hur länge?		
Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus?		
Sjukhusets adress			
Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja, ange i vilken omfattning? Bifoga även alla beslut från Försäkringskassan samt kopia på läkarintyg.	<input type="checkbox"/> 100 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 50 %	Fr.o.m.	T.om.
	<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.om.
Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.	
Har du gällande sjukavbrottsförsäkring 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 Försäkringskassa tillhör du?	Ange Försäkringskassans adress		

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

OBS! Bifoga kopia på det senast reviderade årsbokslutet.

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.

Jag förbinder mig att underrätta försäkringsgivaren om skadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.

Jag är medveten om att kostnadsersättningar som utbetalats till mig genom försäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande).

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid	Namnförtydligande

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.

Var försäkrad ansluten vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringen avregistrerad (datum)	Datum för senaste höjning av beloppet
Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Konverteringsdatum	
Ursprungligt anslutningsdatum till avbrottsförsäkring	Försäkringsbelopp vid skadetillfället (kr)	
Ort och datum	Gruppföreträdarens underskrift	
Telefon gruppföreträdare	Gruppföreträdarens namnförtydligande	