

» Försäkringsnummer

Försäkringsnummer

» Uppgifter om försäkringstagaren

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid/ mobilnummer	E-post

» Uppgifter om inblandad hund

Hundens namn	Födelseår, månad, dag	Reg./ID-nummer
Ras	Kön	

» Uppgifter om skadelidande

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid/ mobilnummer	E-post

» Redogörelse för olycksfallet

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På väg till eller från tävling/träning <input type="checkbox"/> På tävling <input type="checkbox"/> På träning	
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?	
När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har du fått av läkaren?	Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdel sitter. <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? Om Ja , fyll i nedan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När? Hur?	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10



» Fortsättning redogörelse för olycksfallet

Vilken behandling har du fått? Vid operation, ange även datum för operationen.		Datum för eventuell operation
Har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , vilket sjukhus (namn)?	
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade. Fr.o.m. _____ T.o.m. _____	Är du fullt återställd? Om Ja , från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m. _____	
Har du gällande sjuk-/olycksfallsförsäkring eller, i förekommande fall, trafikförsäkring 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	Använde du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja , ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress.		
Vid dödsfall, ange datum när det inträffade och bifoga "Dödsfallsintyg och släktutredning", beställs från skatteverket.		

» Bilagor

De utgifter du vill begära ersättning för ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

» Utbetalning önskas enligt nedan

<input type="checkbox"/> Bankkonto – Clearingnr _____ Kontonummer _____	Bank _____
<input type="checkbox"/> Personkonto _____	<input type="checkbox"/> Plusgiro _____
<input type="checkbox"/> Bankgiro _____	Namn på kontohavare _____

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på www.euroaccident.se eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

» Underskrift

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att Euro Accident 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 (ÅÅMMDD)	Underskrift skadelidande
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år.	Namnförtydligande
Underskrift försäkringstagare	Namnförtydligande

» Svelands uppgifter

Vänligen bifoga en kopia på försäkringsbeskedet. Nedanstående uppgifter ska fyllas i av företrädaren för gruppen vid själv-administrerande avtal (besvaras inte av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringens årsförfallodag
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Telefon dagtid	Namnförtydligande