

» För att kunna handlägga ditt ärende ber vi dig bifoga

- kopia på samtliga sjukskrivningsintyg
- intyg om sjukpenning för de senaste fyra åren från Försäkringskassan
- vidimerad kopia av ID-handling (körkort, pass eller annan godkänd ID-handling).

» Uppgifter om den försäkrade

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» PlanSjukförsäkring – utbetalning

Utbetalning till den försäkrade insättes på (bankens namn)	
Cleringnr	<input type="checkbox"/> Bankkontonr <input type="checkbox"/> Personkontonr

» Premiefrielseförsäkring – utbetalning

I vilket bolag finns tjänstepensionsförsäkring	
Tjänstepensionspremie per månad	Försäkringsnummer/depånummer

» Redogörelse för olycksfallet (ifylls ej vid sjukdom)

När inträffade olycksfallet, hur gick det till och vilken kroppsskada blev följden?

--

» Redogörelse för sjukdom

Sjukdomens namn	När märktes de första symptomen?	När anlätades läkare (datum)?	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När, ange datum	Vilken?	Hur länge?

» Arbetsbeskrivning

Beskriv dina arbetsuppgifter nedan

--

### » Besvaras alltid (vid både olycksfall/sjukdom)

Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja, ange i vilken omfattning?	<input type="checkbox"/> 100 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 75 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 50 %	Fr.o.m.	T.o.m.
	<input type="checkbox"/> 25 %	Fr.o.m.	T.o.m.
Är du fullt arbetsför? Om Ja, från och med när? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.		Har du gällande företagsbetald sjukförsäkring 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	Vilket månadsbelopp utbetalas vid hel ersättning?
Var du helt eller delvis arbetslös i samband med att du blev sjukskriven? Om Ja, ange från och med när. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.		Ange din årsinkomst (den som anmäls till Försäkringskassan)	

### » Annan ersättning/annat land

Är du berättigad till sjuk- eller rehabiliteringspenning, eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga, från annan försäkring eller annat lands försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, i vilket bolag alternativt i vilket land?	

### » Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar
--------------------------------

### » Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till Euro Accident kommer att behandlas av Euro Accident, för fullgörande av ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till andra företag som Euro Accident samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området. Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad person rätt att få information om och rättelse av de personuppgifter som registrerats. Sådan begäran ska framställas skriftligen till Euro Accident. 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.

### » 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 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
Telefon	Namnförtydligande