

» **Försäkrad/Skadelidande**

Namn (Vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Telefon	E-post

» **Uppgifter om sjukdomen/tillståndet**

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? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja, när?
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? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja, vilket sjukhus?
Sjukhusets adress	
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Ange Försäkringskassans adress

» **Konto för utbetalning**

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Anmäl därför det bankkonto som ersättningen ska gå till på swedbank.se/kontoregister. Bankkontot kan finnas hos en annan bank och kräver inte en kundrelation med Swedbank. Om anmälan saknas skickar vi en avi som kan lösas in via Swedbanks webbplats eller i vissa butiker.

» **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 av den försäkrade/skadelidande**

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.

Jag samtycker till att Euro Accident Livförsäkring AB inhämtar uppgifter och handlingar från försäkringsbolag, arbetsgivare, Försäkringskassan, Skatteverket och andra myndigheter som kan vara nödvändiga för att bedöma rätten till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.

Ort och datum	Underskrift skadelidande
Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år	Namnförtydligande

Skicka handlingarna till:

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