



**Vill du fylla i skadeanmälan digitalt?**

Scanna QR-koden eller klicka på länken för att komma till formuläret. Klicka "[här](#)" för att ta dig direkt till formuläret.



Anmälan avser: ☐ Diagnoskapital ☐ Arbetsoförmåga

» Om din anmälan avser arbetsoförmåga ber vi dig bifoga:

- Kopia av samtliga sjukskrivningsintyg

» Försäkrad / Skadelidande

Har du skyddad identitet? Om Ja, fyll **endast** i de fält nedan markerad med symbolen: **S**

Bifoga även kopia på fullständigt 037-intyg från Försäkringskassan

|                                                                    |                       |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Namn (försäkrad/gruppmedlem)                                       | Personnummer <b>S</b> |
| Medförsäkrad (fyll även i gruppmedlems namn och personnummer ovan) | Personnummer <b>S</b> |
| Utdelningsadress                                                   | Postnummer och Ort    |
| Telefon <b>S</b>                                                   | E-post                |

» Uppgifter om diagnosen (Besvaras alltid – vid arbetsoförmåga och/eller diagnoskapital)

|                                                                                                        |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Vilken diagnos har du fått av läkaren?                                                                 | När ställdes diagnosen? Ange datum |
| Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? Ange namn och adress                                           |                                    |
| Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om Ja, när? ange datum             |
| Vilken sjukdom?                                                                                        | Hur länge?                         |

» Uppgifter om arbetsoförmågan (Besvaras inte om anmälan endast avser diagnoskapital)

|                                                                                                                                                                             |                                |                                                             |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|
| Har sjukdomen/olycksfallsskadan föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning?<br><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?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                                          |                                | Om Ja, från och med när?                                    |        |
| Har du gällande sjukförsäkring i annat bolag?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                                                                   |                                | Om Ja, i vilket bolag?                                      |        |
| Är skadan anmäld dit?<br><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?<br>Om Ja, ange från och med när. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m. |                                | Ange din månadslön (den som anmälts till Försäkringskassan) |        |

**Handlingarna skickas till:**

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

## » Arbetsbeskrivning

Beskriv dina arbetsuppgifter nedan

## » Annan ersättning/annat land

Är du berättigad till sjuk- eller rehabiliteringspenning, eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga, från annan försäkring eller annat lands försäkringskassa?

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, i vilket bolag alternativt i vilket land?

## » Övriga upplysningar

Ange nedan övriga upplysningar

## » Konto för utbetalning

Våra utbetalningar går via Swedbanks utbetalningssystem (SUS). Anmäl därför det bankkonto som ersättningen ska gå till på [swedbank.se/kontoregister](http://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](http://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 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 samtycker till att Euro Accident Livförsäkring AB inhämtar uppgifter från Försäkringskassan som kan vara nödvändiga för att bedöma rätten till ersättning. Samtycket gäller inte inhämtande av sjukjournaler, läkarintyg och liknande handlingar.

|                                                       |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ort och datum (ÅÅMMDD)                                | Underskrift skadelidande |
| Underskrift av målsman om den skadade är under 18 år. | Namnförtydligande        |