

Fält markerade med \* är obligatoriska och måste fyllas i. Använd en skadeanmälan per skada. Vid mindre anspråk kan dessa ersättas direkt via telefonnummer 0771-105 014 under kontorstid.

**» Personuppgifter försäkrad**

Namn	Personnummer*
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid)*	E-post

**» Personuppgifter försäkrad/barn**

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid)	E-post

**» Gruppavtal**

Ev. gruppavtal/gruppavtalsnummer
----------------------------------

**» Betalning till försäkrad/medförsäkrad**

Bank	Clearing- och kontonummer
Ange plusgiro, bankgiro eller personkonto	Namn på Kontohavare

**» Information om skadan**

Avser denna anmälan/kvittoersättning en till Euro Accident tidigare anmäld skada?*	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, ange skadenummer och fortsätt därefter direkt på sida 2	Skadenummer
Om Nej, fyll i resterande frågor och fortsätt därefter på sida 2	
Vilken kroppsskada/sjukdom avser din skadeanmälan? Om exempelvis ömmande knä, ange vänster eller höger *	
Från vilket datum har du haft symptom från dina besvär?*	Har du mottagit behandling för dina besvär?*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, när?	
Om Ja, ange vårdgivarens namn och adress	

## Ersättningsanspråk

För omfattning och begränsningar, se gällande villkor för din försäkring. Vänligen numrera dina kvitton och specificera nedan för en smidigare handläggning. Bifoga en sammanställning av samtliga originalkvitton uppklistrade på ett separat papper (gärna A4-ark), undvik gem och häftklammer.

### » Receptbelagd medicin

Bifoga apotekskvittots receptspecifikation i original. Notera att endast egenavgift ersätts.

Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Läkemedlets namn	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Totalt kr			

### » Vård, resekostnader och hjälpmedel

Bifoga kvittot i original.

Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Ersättningen avser	Ver.nr	Belopp kr	Notering
Totalt kr			

### » Resor med egen bil

Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering
Datum	Resväg (från - till)	Ver.nr	Antal mil	Notering

### » 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 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
Personnummer	Namnförtydligande