

Ifylls av vårdnadshavare om anmälan avser person under 18 år

Försäkringsnummer/avtalsnummer

Namn och personnummer försäkrad/skadelidande		Namn och personnummer vårdnadshavare i de fall försäkrad är under 18 år	
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Telefon	Mobiltelefon	Lag/klubb	
E-postadress för korrespondens			

Vårdnadshavarens bank	Barnets bank
Vårdnadshavarens plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer	Barnets plusgiro, bankgiro eller personkonto alt clearing- och bankkontonummer
Namn på kontohavare/vårdnadshavare	Namn på kontohavare/barnet

När inträffade olycksfallet?

Under resa till/från tävling/match
 Under tävling/match
 Annan aktivitet

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?	
Ange, om möjligt, på vilken sida av kroppen den skadade kroppsdel sitter <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
När anlätades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Adress till läkare/vårdinrättning	Vilken diagnos har läkaren ställt?
Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
När	Hur
Om det är en knäskada, vilken diagnos har läkaren satt? Kryssa ett eller flera kryss.	
<input type="checkbox"/> Meniskskada <input type="checkbox"/> Ledbandsskada <input type="checkbox"/> Skada på ledyta <input type="checkbox"/> Skada på främre korsband <input type="checkbox"/> Skada på bakre korsband <input type="checkbox"/> Osäker	

Tandskadekostnader vid olycksfall.

Barn och ungdomar (-19 år), har rätt till kostnadsfri, regelbunden och fullständig tandvård. Därför ska inte något tandläkarintyg sändas till Euro Accident om den skadelidande är under 19 år. Vid tandskada på personer som är 19 år eller äldre, d.v.s. som inte har kostnadsfri tandvård, ska "Käk- och tandskadeintyg" fyllas i och insändas innan behandlingen påbörjas.

Beskrivning av tandskadan

Vilken läkare behandlar/behandlade dig?		Läkarens/vårdinrättningens adress	
Är du fullt återställd? Om Ja, från och med när?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fr.o.m.
Har du gällande olycksfallsförsäkring 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		Vilken Försäkringskassa tillhör du?	
Ange Försäkringskassans fullständiga adress		Ange din nuvarande månadslön	
Har du varit arbetsoförmögen på grund av skadan? Om Ja, ange tidpunkt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Fr.o.m.	T.o.m.
Har skadan anmälts till Försäkringskassan som arbetsskada?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Uppstod skadan i samband med trafikolycka?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, i vilket försäkringsbolag är bilen försäkrad?		Fordonets registreringsnummer	
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			
<p>OBS!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utgifterna ska styrkas med originalkvitton. - Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare. - Ange alltid rätt personnummer på samtliga handlingar som skickas in. - Anmäl din skada även om du inte haft några kostnader. Om det går för lång tid kan du tappa rätt till ersättning. 			

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare och förmånstagare. Uppgifterna används för att Euro Accident ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Euro Accidents verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Euro Accident eller de företag som Euro Accident samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Euro Accident rättar felaktiga uppgifter som rör dig. 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.

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger till grund för skadereglering. 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
Underskrift av vårdnadshavare om försäkrad är under 18 år	Namnförtydligande

Härmed intygas att den aktuella skadan inträffade i samband med:

Under resa till/från träning Under träning Under resa till/från tävling Under tävling Annan aktivitet

Beskrivning

Ort och datum	Namnsteckning
Telefon	Namnförtydligande
E-postadress	