

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	

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

## 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

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 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.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande