

Ifylls av vårdnadshavare om anmälan avser person under 18 år.

Försäkringsnummer/gruppavtalsnummer	Försäkringsförmedlare
-------------------------------------	-----------------------

Namn (vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-postadress

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

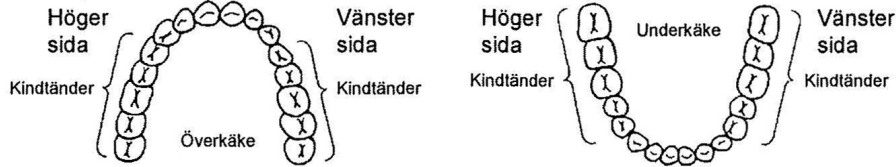
Bifoga, om möjligt, kopia på läkarjournal.

När märktes de första symptomen? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Vilken diagnos har barnet/du fått av läkaren?	När ställdes diagnosen? (datum)
Har barnet/du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, när? (datum)
Vilken sjukdom?	Hur länge?
Beror barnets/dina besvär på skadlig inverkan i arbetet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, är dessa besvär anmälda som arbetsskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

När inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från förskolan/skolan/arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden	
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 barnet/du fått av läkaren?
Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan	
När?	Hur? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När söktes vårdbidraget? (datum)
Om Ja, hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	Fr.o.m.	T.o.m.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning. Markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. Markera M för mjölk tänder och P för permanenta tänder.



Vilken läkare behandlar/behandlade barnet/dig? (namn)	Läkarens/vårdinrättningens adress
Har barnet/du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, vilket sjukhus (namn)?
Sjukhusets adress	
Ange under vilken tidsperiod sjukhusvistelsen varade:	Fr.o.m. T.o.m.
Är barnet/du fullt återställt? Om Ja, från och med när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fr.o.m.
Har barnet/du gällande sjuk- eller 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 Barnvårdscentral/Försäkringskassa tillhör barnet/du?	Ange Barnvårdscentralens/Försäkringskassans fullständiga adress
Använde barnet/du, före skadehändelsen, någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, ange medicin, receptskrivande läkare samt läkarens/vårdinrättningens adress	
OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.	

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.

Jag medger att samtliga uppgifter är korrekta och ska ligga 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 anlitat för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

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

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras ej av den försäkrade). Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället.

Premien betald till den (datum)	När anslöts den försäkrade till försäkringen?	Var premien betald vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum	Gruppföreträdarens namnteckning	
Invaliditetsbelopp	Namnförtydligande	