

EURO Accident

SKADEANMÄLAN FÖR GRUPPFÖRSÄKRING- Barnförsäkring

Försäkringsbolagets noteringar
Ansvarsförbindelse sänd <input type="checkbox"/>

Besvaras alltid

Arbetsgivarens/föreningens namn			Gruppavtal nr 400054
Utdelningsadress	Postnr	Ort	Telefon (även riktnr)

Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (ifylls alltid)				Födelse- år	mån	dag	nr
Utdelningsadress		Postnr	Ort				

Försäkrat barn				Födelse- år	mån	dag	nr
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om svaret är "Nej" ange vem som är barnets biologiske förälder		<input type="checkbox"/> Gruppmedlemmen <input type="checkbox"/> Medförsäkrad		

Utbetalning önskas insatt på vårdnadshavarens:	<input type="checkbox"/> Bank-konto	Clearingnummer	Kontonr	Bank
	<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonr		

Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet	Datum	I skolan <input type="checkbox"/>	På fritid <input type="checkbox"/>	På väg till eller från skolan/fritidshemmet/daghemmet <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	-----------------------------------	------------------------------------	--

Hur gick olycksfallet till? Var hände olycksfallet?

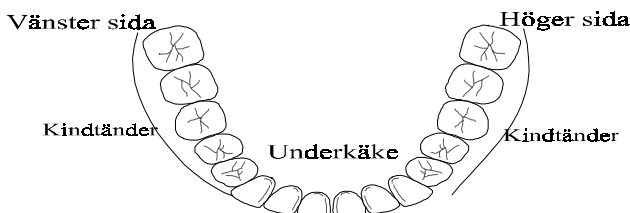
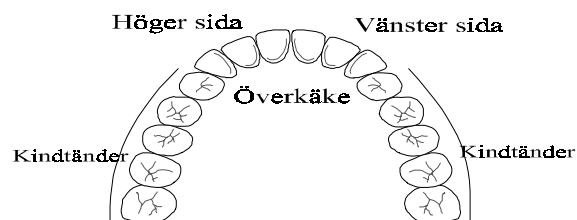
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?

När anlätades läkare?	Datum	Läkarens namn och adress	
Vilken läkare sköter barnet nu?	Läkarens namn och adress		
Har barnet vårdats på sjukhus?	Ja <input type="checkbox"/>	Vilket	Nej <input type="checkbox"/>
Vilka tider?		Fr o m	T o m
Befaras framtida invaliditet?		Är behandlingen avslutad?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja, den: <input type="checkbox"/> Nej	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?		Anlätades läkare då?	
<input type="checkbox"/> Ja-när och på vilket sätt?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vilken läkare samt sjukhusets namn och ort			

OBS! Utgifterna skall styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting.
Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos er vårdgivare.

Besvaras vid tandskada OBS! Intyg från tandläkare behövs *INTE* för försäkringsbolagets bedömning

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade Mjölktänder Permanenta tänder



Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn:			
När märktes de första symptomen?			
När anlätades läkare för nu anmäld sjukdom?			
Läkarens namn och ort samt sjukhusets och klinikens namn.			
Har barnet varit intagen på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket	Fr om T o m
Vilken barnvårdscentral tillhör/tillhörde barnet?			
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När	
Anlätades läkare då?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken läkare samt ev vilket sjukhus (namn och ort)	
Vilken läkare sköter barnet nu?			
Sjukhusets och klinikens namn och ort			
Vid medicinsk behandling, på vilket sätt?			
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/> Återställt sedan	Datum	<input type="checkbox"/> Ej återställt
Vilken försäkringskassa tillhör Ni/barnet?			
Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
När söktes vårdbidraget?			
Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod?	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Halvt <input type="checkbox"/> Kvarts	Fr om	T o m
Är barnet ett adoptivbarn?	När kom barnet till Sverige?	Varifrån?	

Finns försäkring i annat bolag?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkring nr
Har skadan anmälts dit?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

- Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga
- Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa) får lämna försäkringsbolaget de upplysningar om mitt hälsotillstånd som bolaget anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk

Ort	Datum	Namnteckning	Telefon dagtid (även riktnr) Bostad: Arbete
-----	-------	--------------	---

Blanketten insändes till: Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm

Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerande avtal:

För självadministrerande avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade). De skuggade fälten ska inte ifyllas. Uppgifterna ska avse försäkringens omfattning vid skadetillfället

Barnförsäkring

Datum	
När anslöts barnet till försäkringen?	
Invaliditetskapital	

Premien betald till den skadetillfället	Premien betald vid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ort	Datum	Gruppföreträdarens underskrift
---	--	-----	-------	--------------------------------