

SKADEANMÄLAN SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING

Gruppavtalsnummer 400054	Försäkringsnummer
--------------------------	-------------------

Besvaras alltid

Den försäkrades namn	Den försäkrades personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete (och ev. mobiltelefon)
Skadedatum	Skadeplats

Redogörelse för vad som hänt (Var vänlig besvara alla frågor!)

Beskriv vad som hänt och bifoga läkarintyg
Inträffade olycksfallet/sjukdomen på arbetet? på väg till eller från arbetet? på fritid?
Vilken kroppsskada blev följden? (vid sjukdom ange diagnos)
Har den skadade kroppsdelens tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? Ja När? Hur?..... Nej
Har du tidigare sökt läkare eller vård p g a denna eller liknande sjukdom/skada? Ja När och var? Nej
Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsförmåga/sjukskrivning? Ja helt (100%) fr o m t o m Ja delvis, % fr o m t o m Nej
Har du annan sjuk- eller olycksfallsförsäkring? Ja, i bolag försäkringsnr Nej
Om Ja, är skadan anmäld dit? Ja Nej

ERSÄTTNINGSPRÅK

Notera dina ersättningsanspråk. Bifoga <u>alltid</u> <u>originalkvitton</u> vid krav på kostnadsersättning

Betalning till den försäkrades bankkonto, bankgiro eller postgiro

(anger du inget betalningsalternativ görs utbetalning via utbetalningskort)

Ange bank, clearing- och kontonummer om du vill ha betalning dit.	Ange postgiro-, bankgiro- eller personkonto om du vill ha betalning dit.

Underskrift

Jag intygar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa, andra myndigheter eller annan försäkringsinrättning får lämna uppgifter, som Euro Accident behöver för att utreda om den anmälda skadan/sjukdomen kan ersättas genom försäkringen.

Ort och datum	Den försäkrades namnteckning

**Blanketten, läkarintyg och eventuella verifikationer skickas till:
Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm**