

Skadeanmälan för idrottsskada

Var vänlig texta, en utförligt ifylld anmälan gör att den handläggs snabbare

Medlemsnummer (framgår av medlemskort):		Personnummer: (10 siffror)
Efternamn och tilltalsnamn		Försäkringsnummer: 400012
Utdelningsadress:		Lag/klubb:
Postnummer och ortnamn:		Vilken motionsidrottsförening tillhör laget/klubben?
Telefon bostad: (inkl.riktnr)	Telefon arbete: (inkl.riktnr)	Adress till motionsidrottsförening:
Ev. e-post adress:		Ort

BESKRIV I DETALJ HUR DET GICK TILL NÄR OLYCKSFALLET INTRÄFFADE

När inträffade olycksfallet? (År, månad, dag)	
Vad höll du på med när olyckan inträffade?	
Hur gick olyckan till?	
Hur uppstod skadan? (vad gjorde Du dig illa på?)	

Var har du behandlats för Din skada?	Sjukhusets, vårdcentralens och läkarens namn och adress	När sökte Du läkare första gången för denna skada?	Datum:
		Är Du helt återställd efter skadan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Var inträffade olyckan?	Kommun	Olycksplats	

Vad har läkaren gett Dig för diagnos?			
Vilken kroppsdel skadade Du?	(Anges om möjligt)	Vänster	Höger
Har Du haft liknande skada/besvär tidigare?	Om "Ja", när?		
Om det är en knäskada, vad har läkaren satt för diagnos? Kryssa ett eller flera kryss.			
<input type="checkbox"/> Meniskskada	<input type="checkbox"/> Ledbands-skada	<input type="checkbox"/> Skada på ledyta	<input type="checkbox"/> Skada på främre korsband
<input type="checkbox"/> Skada på bakre korsband	<input type="checkbox"/> Osäker/minns inte		
På grund av skadan har jag inte kunnat arbeta fr o m datum	T o m datum	Månadslön	Har skadan anmälts till försäkringskassan som arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har Du olycksfallsförsäkring i något annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anm.
Om "Ja" vilket bolag?	Vad heter handläggaren?	
Uppstod skadan i samband med trafikolycka? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anm.	
Om "Ja" vilket bolag?	Fordonets registreringsnummer	

IFYLLES VID TANDSKADA

Beskrivning av tandskadan	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 upp till 19 år. Vid tandskada på personer 19 år eller äldre, dvs som ej har kostnadsfri tandvård, ska "Käk- och tandskadeintyg" fyllas i och skickas in innan behandlingen påbörjas.
---------------------------	---

Utbetalning önskas insatt på: <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto	Clearing nr	Konto nr	Bank
Kontonr			

Glöm ej underskrift av motionsidrottsföreningen och av Dig själv!

UNDERSKRIFT AV FÖRENINGEN av sekreterare eller annan ansvarig i motionsidrottsföreningen.

Lämnade uppgifter är sanna och stämmer med verkligheten.			
Premien betald till den:	Om "Nej", vänligen ange orsaken, t ex öppet arrangemang, varvid också deltagarförteckning, startkort etc. skall bifogas.		
Medlemsavgift betald vid skadetillfället <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
När anslöts medlemmen till försäkringen?	Datum		
Ort:	Datum:	Funktion i föreningen:	
Namn-teckning:	Namnförtydligande:		
Telefonnummer (även riktnummer):	Ev. e-post-adress:		

UNDERSKRIFT (om anmälan avser omyndigt barn, så skall anmälan skrivas under av vårdnadshavaren)

De personuppgifter som du lämnar på denna skadeanmälan kommer att databearbetas i syfte att reglera den anmälda skadan. Hälsoinformationen bearbetas och registreras i Euro Accidents och Generali PanEuropes datasystem.

<ul style="list-style-type: none"> - 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:
Namn-teckning	Namn-förtydligande
Telefonnummer bostad (även riktnr.):	Telefonnummer arbete (även riktnr.):

BRA ATT VETA:

- En självrisk om 200 kr/skada med minsta utbetalning 100 kr tillämpas på ev. kostnadsersättningar.
- Uppge 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.

Skicka blanketten till:

Euro Accident Health & Care Insurance AB | Adress Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
Tel 0470-72 98 50 | Fax 0470-72 97 40 | info@euroaccident.com | www.euroaccident.com

05(01)