

Skadeanmälan för idrottsskada

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

Försäkringsnr:
700049

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer: (10 siffror)	
Utdelningsadress:		Postnummer och ortnamn:	
Telefon bostad: (inkl.riktnr)	Telefon arbete: (inkl.riktnr)	Ev. e-postadress:	
Förening:		Adress till förening:	

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?)			
Vilken kroppsdel skadade Du?			Anges om möjligt: <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger

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?			
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"/> Ledbandsskada	<input type="checkbox"/> Skada på ledyta	<input type="checkbox"/> Skada på främre korsband <input type="checkbox"/> Skada på bakre korsband <input type="checkbox"/> Osäker

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	Bank:
	Clearingnr:
	Kontonr:

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

- 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:	Telefonnummer bostad (även riktnummer):	
Namnförtydligande:	Telefonnummer arbete (även riktnummer):	

Ifylles av representant för föreningen/klubben

Härmed intygas att den aktuella skadan inträffade i samband med:				
<input type="checkbox"/> Under resa till/från träning	<input type="checkbox"/> Under resa till/från tävling	<input type="checkbox"/> Under träning	<input type="checkbox"/> Under tävling	<input type="checkbox"/> Annan aktivitet*
*Beskrivning:				

Ort:	Datum:	
Namnteckning:	Telefonnummer (även riktnummer):	
Namnförtydligande:	Ev. e-post-adress:	

Bra att veta:

- 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.

04(02)

Skicka blanketten till:

Euro Accident Health & Care Insurance AB | Bäckgatan 16 352 21 Växjö
Tel 0470-72 98 50| Fax 0470-72 97 40 | info@euroaccident.com | www.euroaccident .com