

# Skadeanmälan | Idrottsskada - Bas, Träning och Tävlning

Ifylls av vårdnadshavare om anmälan avser person under 18 år

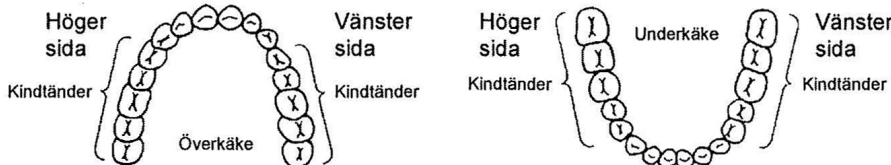
Försäkringsnummer/avtalsnummer

Namn (vårdnadshavare i förekommande fall)	Personnummer
Barnets namn (i förekommande fall)	Barnets personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (ange även ev. mobiltelefon)	E-postadress
Förening	Adress till förening

<input type="checkbox"/> Bankkonto - Clearingnr:	Kontonummer:	Bank:
<input type="checkbox"/> Personkonto:	<input type="checkbox"/> Plusgiro:	<input type="checkbox"/> Bankgiro:

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 anlitades läkare första gången? (datum)	Vilken läkare/vårdinrättning anlätades? (ange namn)
Adress till läkare/vårdinrättning	Vilken diagnos har läkaren ställt?
Har den skadade kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? Om Ja, fyll i nedan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
När	Hur
Om det är en knäskada, vilken diagnos har läkaren satt? 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	

Markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. Markera **M** för mjölk tänder och **P** för permanenta tänder.



### 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 under 19 år. Vid tandskada på personer som är 19 år eller äldre, d.v.s. som ej har kostnadsfri tandvård, ska "Käk- och tandskadeintyg" fyllas i och skickas in innan behandlingen börjar.

Beskrivning av tandskadan

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			
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 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 Barnavårdscentral/Försäkringskassa tillhör barnet/du?		Ange Barnavårdscentralens/Försäkringskassans fullständiga adress	
Uppstod skadan i samband med trafikolycka?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja, i vilket försäkringsbolag är bilen försäkrad?		Fordonets registreringsnummer	
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			
<b>OBS!</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utgifterna ska styrkas med originalkvitton.</li> <li>- Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.</li> <li>- Ange alltid rätt personnummer på samtliga handlingar som skickas in.</li> <li>- Anmäl din skada även om du inte haft några kostnader. Om det går för lång tid kan du förlora rätt till ersättning.</li> </ul>			

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkrade och premiebetalare. 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.

Uppgifterna i denna skadeanmälan ligger 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:

- läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden,
- försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar 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 vårdnadshavare om den skadelidande är under 18 år	Namnförtydligande

Härmed intygas att den aktuella skadan inträffade i samband med:

Under resa till/från träning     Under träning     Under resa till/från tävling     Under tävling     Annan aktivitet

Beskrivning

Ort och datum	Namnteckning
Telefon	Namnförtydligande
E-postadress	