SKADEANMÄLAN/*NOTIFICATION OF CLAIM*
SkiStar - Kollektiv barnolycksfallsförsäkring/ *child accident insurance*

(Vid inskrivning i skidskola eller barnpassning/*When enrolled in ski school or child care)*

Skadenummer/*Claims number* (fylls i av/filled in by Europeiska ERV)

Försäkringsnummer/*Insurance number* 500 266 10	Destination/*Destination* (T.ex. Sälen, Åre etc.)
Verksamhet (Skidskola/barnpassning)*Acitivty (Ski school/child care)*	

Personuppgifter på den försäkrad/*Personal data on the insured*

Efternamn/*Surename*	Förnamn/*First name*	Personnummer/*Date of birth*

Fylls i av förälder/målsman/*To be completed by parent/guardian*

Efternam/*Surename*	Förnamn/*First name*	Personnummer/*Date of birth*
Adress/*Address*	Postnummer/*Zip code*	Ort/*City*
Telefonnummer/*Phone number*	Mobilnummer/*Mobile number*	E-mail
Bankens namn/*Name of bank*	Bankgiro	Plusgiro
Clearingnummer/*Clearing number*	Kontonummer/*Account number*	

Berörs annan försäkring?/ Is other insurance affected?	Ja/Yes ☐ Nej/No ☐	Om ja, vilket bolag?/*If "Yes", which company?*	Vilken typ av försäkring?*Which type of insurance?* Sjuk-/Olycksfall/*Accident* ☐ Annan/*Other* ☐
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?/ *Has the notification been made to other insurance company?*	Ja/Yes ☐ Nej/No ☐	Om ja, vilket bolag?/*If "Yes", which company?*	Skadenummer/*Claims number*

Beskrivning av händelsen/Describe the incident

När inträffade olycksfallet?(Bifoga intyg från skidlärare eller motsvarande)/*When did the accident occur? (Attach certificate from instructors or equivalent)*	
Datum/*Date*:	Tidpunkt för olycksfallet/*Time of the accident*:
Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?/*What injuries have you suffered as a result of the accident?*	
Hur gick olycksfallet till?/*How did the accident occur?*	

När och var anlitades läkare?/*When and where did you see the doctor?*			
Läkarens namn och adress/*Name and address to the doctor*			
Om inlagd på sjukhus/*If hospitalized*	Från datum/*From date:*		Till datum/*Until date:*
Behandlas du fortfarande?/*Are you still being treated?*	Ja/Yes ☐	Nej/No ☐	
Befaras framtida men?/*Anticipated permanent injury?*	Ja/Yes ☐	Nej/No ☐	Vet ej/*Don´t know* ☐
Om "Ja", vilken typ?/*If "Yes", what kind?*			
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?/*Has the injured body part been previously exposed to injury or illness?*	Ja/Yes ☐	Nej/No ☐	Om "Ja", datum/If "Yes", date:
Om "Ja", anlitades läkare?/If "Yes", did you consult a doctor?	Ja/Yes ☐	Nej/No ☐	

Ersättningsanspråk (Bifoga kvitton i original.)/Compensation (*Attach receipts in original.)*

	Belopp/*Amount*
Summa/*Total amount*	

Behandling av personuppgifter
Personuppgifter används internt på Europeiska ERV, av utvalda och betrodda tredje parter som behöver använda dina personuppgifter för att leverera de försäkringar eller andra tjänster som beställts, samt våra partners som kan behöva dem för att vi ska kunna fullgöra våra åtaganden gentemot dig som kund. Vi ger i övrigt endast vidare personuppgifter till din arbetsgivare och till tredje part om lagen kräver det. En del av de personuppgifter vi behandlar utgör vad som i GDPR kallas för känsliga personuppgifter. Med känsliga personuppgifter avses bland annat uppgifter om din hälsa. Europeiska ERV kan komma att inhämta uppgifter om ditt hälsotillstånd och behandling från läkare och sjukhus som har behandlat dig. Du som försäkrad är därför skyldig att på begäran underteckna en fullmakt som ger oss rätt att ta del av dina journaler och övriga uppgifter för att vi ska kunna fullgöra våra förpliktelser mot dig som kund. Genom att fylla i det här formuläret godkänner du att vi på Europeiska ERV, för att fullgöra våra förpliktelser mot dig som kund, kan komma att behandla personuppgifter om din hälsa.

Processing of personal data
All personal data submitted us is used internally by Europeiska ERV, by carefully selected third parties providing a service to us or on our behalf, and by our business partners who need your personal data in order for us to fulfill our commitments to you. Unless required by law, we never share your personal data with your employer or to any other third party without your consent.Some of the personal data that we collect and process may include what is defined as sensitive personal data under the GDPR which include but are not restricted to personal data concerning health. Europeiska ERV may seek information on you as the insured party's state of health and treatment from the doctors and hospitals that have treated you. You as the insured party are thereby obliged to sign a so-called "medical release" if requested to do so in order for us to fulfil our contractual obligations towards you as our customer. By submitting this form you agree that Europeiska ERV may collect and process sensitive personal data about your health in order to ensure that your and our rights are protected

Fullmakt Authorization
Fullmakt för Europeiska ERV att i mitt ställe från Försäkringskassan återkräva ev. ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES - och andra länder./*I authorize Europeiska ERV to claim from the National Social Insurance Office, on my behalf, compensation for medical expenses in the EU/EES, and other countries.*

Obligatorisk underskrift/Signature, always required

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. *I hereby certify that the details given above are true and complete.*

Ort och datum/*Place and date*	Målsmans underskrift/*Parent signature*	Namnförtydligande/*Clarification of signature*

20191201

Skadeanmälan kan mejlas/skickas till:/*Claim notification can be emailed/sent to*:

privatskador@erv.se eller per post till: Europeiska ERV, Box 1, 172 13 Sundbyberg./p*rivatskador@erv.se or by mail to: Europeiska ERV, PO Box 1, 172 13 Sundbyberg.*