

SKADEANMÄLAN ANSVARSSKADA



Vid utlandstjänstgöring, tjänsteresa eller privatresa

Skadenummer (ifylles av ERV)

<input type="checkbox"/> Utlandsplacerad	<input type="checkbox"/> Tjänsteresa	<input type="checkbox"/> Privatresa		
Arbetsgivarens namn	Försäkringsnummer	Organisationsnummer		

Försäkringstagarens personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress			
Postnummer	Ort	Stationeringsland	
Telefonnummer	Mobilnummer	Faxnummer	
E-mail (Om omyndig, till målsman)	Vi kommunicerar via epost. Godkänner du detta? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

Skadelidandes personuppgifter

Namn	
Adress	
E-mail	Telefonnummer

Eventuell skadeståndersättning utbetalas till:

Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro
Clearingnummer	Kontonummer	

Om ej svensk bank ange:

IBAN-nummer/bankkonto	
SWIFT	Bankkod (t.ex. fedwire, sortcode, BLZ)
Bankens kompletta adress	
Namn om annan betalningsmottagare än den skadelidande	

Resmål

Resmål (ort, land)	Avresedatum	Hemkomstdatum
--------------------	-------------	---------------

Skadeståndsanspråk

Har skadeståndsanspråk framställts?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om "Ja", med vilket belopp?
Anser du att skadeståndsskyldighet föreligger?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Till viss del <input type="checkbox"/>
Har den skadelidande anmält skadan till sitt försäkringsbolag?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Skadelidandes försäkringsbolag	Försäkringsnummer	
Adress		

Händelseförlopp

Skadedatum	Skadeplats
Vad har orsakat skadan och vilken är omfattningen av skadan? Beskriv detaljerat och bifoga gärna skiss.	
Varför anser skadelidande att ersättningskyldighet föreligger?	
Vad önskar skadelidande ersättning för?	

Fyll endast i vid personskada

Kroppsskador/diagnos?			
När uppsöktes läkare första gången? Ange tidpunkt och datum			
Vilken läkare har behandlat skadan?			
Inlagd på sjukhus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Sjukskrivningsperiod:
Är behandlingen avslutad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Befaras framtida men?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Bifoga:

- En skriftlig redogörelse från skadelidande med uppgift om vad som hänt, varför denne anser att skadeståndsskyldighet föreligger samt vilka skadeståndsanspråken är.
- Eventuella foton, polisanmälan, läkarintyg eller vittnesuppgifter.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift