

SKADEANMÄLAN PERSON- OCH BAGAGEFÖRSENING



Vid utlandstjänstgöring, tjänsteresa eller privatresa

<input type="checkbox"/> Utlandsplacerad	<input type="checkbox"/> Tjänsteresa	<input type="checkbox"/> Privatresa	Skadenummer (ifylles av ERV)
Arbetsgivarens namn	Försäkringsnummer	Organisationsnummer	

Anställdes personuppgifter

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

Konto dit ersättning skall sändas

Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro
Clearingnummer	Kontonummer	
Namn om annan betalningsmottagare än den anställda		

Om ej svensk bank ange:

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

Resmål, resdagar

Avresedatum	Hemkomstdatum
-------------	---------------

Resmål (ort, land)

Har du tidigare haft reseskada?

<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej		

Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?

<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej		

Har du fått ersättning av transportören eller annat försäkringsbolag?

<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Belopp
<input type="checkbox"/> Nej		

Försenad resa

Försenad utresa från	Planerad utresa, datum och tid	Verklig utresa, datum och tid
Försenad hemresa från	Planerad utresa, datum och tid	Verklig utresa, datum och tid
Inköpsbelopp, valuta och land		

Försenat bagage

Ankomst till resmål, datum och tid	När levererades bagaget? Datum och tid
Hur länge var bagaget borta? Antal timmar	Inköpsbelopp, valuta och land

Förteckning över kostnader som du begär ersättning för. Bifoga alla kvitton samt PIR i original.

Kvitto nr.	Inköpsställe	Kläder	Hygien	Hotell och mat	Annan kostnad	Belopp och valuta
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Summa						

Underskrift av arbetsgivare vid tjänsteresa

Härmed intygas att den skadelidande var på tjänsteresa vid skadetillfället

Datum	Arbetsgivarens namnteckning och namnförtydligande
Telefonnummer och/eller e-post	

Fullmakt / Authorization

Fullmakt för ERV att i mitt ställe från transportföretag återkräva ev. ersättning för kostnader.

I hereby authorize ERV to claim compensation for expenses from Transportation Co. on my behalf.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift
-------	-------------