

SKADEANMÄLAN ÖVERFALL

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: skadad person. 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	

Om ej svensk bank ange:

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

Resmål, resdagar

Avresedatum	Hemkomstdatum	
Resmål (ort, land)		
<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnummer
<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Skadenummer
<input type="checkbox"/> Nej		

Finns hem-/villaförsäkring?

Berörs annan försäkring?

Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?

Beskrivning av händelsen

När inträffade överfallet? Ange plats, datum och tidpunkt	
Beskriv utförligt hur det gick till:	
Uppstod personskador?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", vilka?	
Har du besökt läkare till följd av skadan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", läkarens namn och adress	
När gjordes första läkarbesöket? Ange datum och tidpunkt	
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", läkarens namn och adress	
Befaras framtida men?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har du polisanmält händelsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kan du namnge gärningsmannen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", uppge namn och adress	
Finns vittnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", uppge namn och adress	

Vilka kostnader har du haft till följd av händelsen? Läkarkostnader

Behandlingsdatum	Belopp och valuta	Ersättningsbelopp från annan försäkring/socialförsäkring	Återstående belopp

Förteckning över egendom som du begär ersättning för

Föremål, modell och fabrikat	Ägare	Inköpsår	Är föremålet skadat eller stulet?	Dagens inköpspris	Ersättningsanspråk

OBS! Till skadeanmälan skall följande bifogas i original:

- Vid tjänstresa, skriftligt intyg från din arbetsgivare som styrker tjänsteresan.
- Polisrapport
- Läkrintyg
- Kvitton på läkarbesök och dylikt
- Inköpskvitton över förstörd eller stulen egendom
- Kopia av inköpsfaktura avseende företagets egendom

Fullmakt

Fullmakt för ERV att i mitt ställe från Försäkringskassan återkräva ev. ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES - och andra länder.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift