

SKADEANMÄLAN OLYCKSFALL/SJUKDOM

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	

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)

Finns hem-/villaförsäkring?

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

Berörs annan försäkring?

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

Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?

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

Besvaras vid olycksfall

Den skadades efternamn	Den skadades förnamn	Den skadades personnummer
När inträffade olycksfallet?		
När uppsöktes läkare första gången? Ange tidpunkt och datum		
Var inträffade olycksfallet?		
Hur gick olycksfallet till?		
Vilka kroppsskador blev följden?		
Vilken läkare har behandlat skadan?		
Är behandlingen avslutad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om "Ja", när?		
På vilket sätt?		
Vilken läkare anlätades då? (namn, ort)		
Befaras framtida men?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

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

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
-------	-------------