

# SKADEANMÄLAN OLYCKSFALL/SJUKDOM



Vid utlandstjänstgöring, tjänsteresa eller privateresa

<input type="checkbox"/> Utlandsplacerad <input type="checkbox"/> Tjänsteresa <input type="checkbox"/> Privateresa		Skadenummer (ifylles av Europeiska)	
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 anstälde		

## 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 anstälde	

Resmål, resdag	Avresedatum	Hemkomstdatum
	Resmål (ort, land)	
Finns hem-/villaförsäkring?	<input type="checkbox"/> Ja    Bolag	Försäkringsnummer
	<input type="checkbox"/> Nej	
Berörs annan försäkring?	<input type="checkbox"/> Ja    Bolag	Försäkringsnummer
	<input type="checkbox"/> Nej	
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja    Bolag	Skadenummer
	<input type="checkbox"/> Nej	

Specificera behandlingskostnader mm per person. **OBS! Originalverifikationer skall bifogas.**

	Namn	Personnummer	Diagnos, symptom	Behandlings- datum samt tidpunkt	Har ni haft liknande symp- tom tidigare? Om "Ja", när?	Belopp och valuta	Ersatt av annan försäkring/ socialförsäkring (belopp)	Återstående belopp
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
						<b>Summa</b>		

**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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ”Ja”, när?		
På vilket sätt?		
Vilken läkare anlätades då? (namn, ort)		
Befaras framtida men?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**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 Europeiska att hos läkare, sjukvårdsinrättningar, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket samt andra försäkringsbolag, inhämta upplysningar som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar rätt att ta del av sjukjournaler och läkarintyg avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovannämnda handlingar får utlämnas till Europeiska, oavsett bestämmelser i sekretesslagen.

Fullmakt för Europeiska 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
-------	-------------

**Europeiska Försäkrings AB**

Postadress	Besöksadress	Telefon	Fax	E-mail	Styrelsens säte	Organisationsnr.
Box 1	Allén 6A	0770-456 900	08-454 33 21	corporateclaims@europeiska.com	Sundbyberg	502005-5447
172 13 Sundbyberg	Sundbyberg					