

Vid utlandstjänstgöring eller tjänsteresa

**Bifoga kvitto på merkostnader, intyg (dödsfallsintyg, läkarintyg, polisanmälan eller annat relevant intyg).
Bifoga biljetter i original.**

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

Anställdes personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress			
Postnummer	Ort		
Telefonnummer	Mobilnummer	Faxnummer	
Stationeringsland	E-mail		

Konto dit ersättning skall sändas

Bankens namn	Bankgiro	Plusgiro
Clearing-nummer	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	

Avresedatum (år, mån, dag)	Hemkomstdatum (år, mån, dag)
Skadedatum (år, mån, dag)	Resmål (ort, land)

Reseavbrott

Orsak/skadebeskrivning		
Har ersättning lämnats från annat håll? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", hur mycket i belopp?		
Förteckning över ersättningsanspråk		
Anspråket avser	Valuta	Ersättningsanspråk

Avbeställning

Orsak/skadebeskrivning	
Har du tidigare lidit av samma diagnos? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", när?	
Är biljetterna ombokningsbara? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Avbokningsdatum	Ersättningsanspråk/belopp
Hur stort belopp har resebyrån/annat bolag återbetalat?	

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 1 172 13 Sundbyberg	Löfströms Allé 6A Sundbyberg	0770-456 900	08-454 33 21	corporateclaims@europeiska.com	Sundbyberg	502005-5447