

# SKADEANMÄLAN PERSON- OCH BAGAGEFÖRSENING



Vid utlandstjänstgöring, tjänsteresa eller privatresa

<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		Postort			
Telefonnummer		Mobilnummer		Faxnummer	
Stationeringsland		E-mail (Om omyndig, till målsman):			

Vi kommunicerar via epost. Godkänner du detta?

Ja     Nej

## 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, 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						
<b>Summa</b>						

**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 Europeiska att i mitt ställe från transportföretag återkräva ev. ersättning för kostnader.  
I hereby authorize Europeiska to claim compensation for expenses from Transportation Co. on my behalf.

**Obligatorisk underskrift**

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

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

**Europeiska Försäkrings AB**

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