

# SKADEANMÄLAN ÖVERFALL



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: skadad person. Om omyndig, till målsman	

Vi kommunicerar via epost. Godkänner du detta?

Ja     Nej

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

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