

NOTIFICATION OF CLAIM/PERSONAL ACCIDENT/ILLNESS
when Stationed abroad / Corporate Travel

Utlandsplacerad / Stationed abroad Tjänsteresa / Corporate Travel Privatresa / Private trip

Claim No. (Europeiska use only)

Försäkringsavtal (arbetsgivarens namn) /
Insurance contract (employer's name)

Försäkringsnummer /
Insurance policy No.

Anställdes personuppgifter / Employee's personal details

Efternamn och tilltalsnamn / Surname and first name		Personnummer (år, mån, dag, nr) / Date of birth (yy-mm-dd)	
Adress / Address			
Stationeringsland / Country where the employee shall be stationed	Telefon / Telephone	Faxnummer / Fax No.	
E-post adress / E-mail address			

Konto dit ersättning skall sändas / Account to which the compensation should be sent

Bankens namn / Name of bank	Clear nr / Clear No.	Kontonr / Account No.	SWIFT Code / IBAN/ BLZ
Bankens kompletta adress (gäller ej vid bank i Sverige) / Complete address of bank (not valid if bank in Sweden)			
Namn om annan betalningsmottagare än försäkringstagaren / Name if payee is not the policyholder			

Resmål, resdagar /
Destination, number of
traveldays

Avresedatum / Date of departure (yy-mm-dd)		Hemkostdatum / Date of return home (yy-mm-dd)	
Resans längd, antal dagar / Duration of journey (number of days)		Resmål (ort, land) / Destination (place, country)	
<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No	Bolag / Company	Försäkringsnummer / Policy No.	
<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No	Bolag / Company	Försäkringsnummer / Policy No.	
<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nej / No	Bolag / Company	Skadenummer / Claim number	

Finns hem- /villaförsäkring / Homeowner-insurance

Berörs annan försäkring? / Is there any other insurance policy in force?

Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag? / Has notification been made to any other insurance company?

Den skadades/sjukas
personuppgifter /
Personal details of
injured person

Fyll i en blankett per person / Complete one form for each person

Efternamn och tilltalsnamn / Surname and first name

Personnummer (år, mån, dag, nr) /
Date of birth (yy-mm-dd)

Besvaras vid olycksfall / To be completed after an accident

När inträffade olycksfallet / When did the accident occur?

Var inträffade olycksfallet / Where did the accident occur?

Hur gick olycksfallet till? / Describe the circumstances of the accident

Vilka kroppsskador blev följden? / Did you suffer any bodily injury as a result of the accident?

Vilken läkare har behandlat skadan (namn och ort) / Give the name of the doctor who treated the injury (name in full, place)

Är behandlingen avslutad? / Has medical treatment ended?

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada? / Have you previously suffered an injury to this part of the body?

Ja / Yes

Nej / No

Om "Ja", när? / If "Yes", when?

Om "Ja", på vilken sätt? / If "Yes", in what way?

Vilken läkare anlätades då? (namn och ort) / Give the name of the doctor who was consulted then (name in full, place)

Besvaras vid sjukdom / To be completed in case of sickness

Sjukdomens namn/diagnos / Diagnosis/name of the disease

När märkte ni de första symptomen? / When did you experience the first symptoms?

Har ni tidigare behandlats för liknande/samma sjukdom? / Have you been treated previously for a similar/the same sickness?

Ja / Yes

Nej / No

Om "Ja", vilken? / If "Yes", which sickness?

När? / When?

Hur länge? / For how long?

Vilken läkare anlätades då? (namn och ort) / Give the name of the doctor who was consulted then (name in full, place)

Är behandlingen avslutad? / Has medical treatment ended?

