

Skadeanmälan

If olycksfall

ARBETSGIVARE / FÖRENING / LÄROANSTALT

Namn

SVENSKA JÄGAREFÖRBUNDET

Försäkringsnr

SP497971

DEN SKADADES NAMN

Efternamn och tilltalsnamn (skriv tydligt – texta gärna)

Personnummer

Utdelningsadress

Mejladress

Postnummer och ortnamn

UTBETALNINGSSÄTT

Ange konto för insättning av ersättningsbelopp (markera med X och fyll i kontonummer). Anges inget konto sker utbetalning genom bankgiro.

Bankkonto Bankgiro Postgiro

Clearingnr

Kontonr

BESKRIVNING AV OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? (datum)

Under vilken slags jaktaktivitet inträffade olycksfallet?

Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.

Vilka kroppsskador blev följden?

Vilken vårdinrättning har behandlat skadan?

När (datum)

Är behandlingen avslutad?

Ja Nej

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada?

Ja Nej

När?

På vilket sätt?

Vilken läkare anlitas då? (namn och ort)

Är du helt återställd?

Ja Nej

Har du annan olycksfalls-, rese- eller hemförsäkring?

Ja Nej

Bolag

Försäkringsnummer

Är skadan anmäld dit?

Ja Nej

UPPGIFTER OM LÄKE- OCH RESEKOSTNADER

Kostnader som ersätts av försäkringskassan ska tas ut hos denna. Utgifterna ska styrkas med originalverifikationer. Resor ska i första hand ersättas av sjukvårdshuvudman.

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Av försäkringskassa ersatt belopp	Återstående belopp	Kvitto nr

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

UNDERSKRIFT (Om anmälan avser omyndigt barn gäller vårdnadshavarens underskrift.)

Jag förklarar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande	Telefon dagtid (även riktnummer)	Mejl



Skickas till:
If
F200
106 80 Stockholm
Telefon: 0771-815 818
Mejl: skadeservice@if.se