

De med fet ram inramade rutorna ska ALLTID fyllas i!

Försäkringstagare

Namn enligt försäkringsbrev Svenska Islandshästhörfbundet	Person-/Organisationsnummer	Telefonnummer (även riktnr)
--	-----------------------------	-----------------------------

 Olycksfall

 Försäkringsnr
4135840

 Sjukdom

Skadad/sjuk

Namn	Personnummer	Yrke
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Telefonnummer arbetet (även riktnr)	Telefonnummer bostad (även riktnr)	Arbetsgivarens eller det egna företagets namn
<input type="checkbox"/> Egen företagare <input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Ej yrkesverksam	Härmed intygas att den skadade är medlem i organisationen/föreningen och att olycksfallet hänt under verksamhet som omfattas av försäkringen	
Organisations-/föreningstillhörighet (fylls i i förekommande fall)	Datum	Underskrift

Allmänna uppgifter

När inträffade olycksfallet/sjukdomen?	År	Månad	Dag	<input type="checkbox"/> I arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet/skolan <input type="checkbox"/> På fritid
Vilken dag avbröts arbetet/skolan p g a skadan/sjukdomen?	År	Månad	Dag	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis
När anlätades läkare?	År	Månad	Dag	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress
Vilken läkare behandlar dig nu?	Läkarens och vårdinrättningens namn och adress			
Var vårdas du?	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> På sjukhus	Vilket sjukhus?		Beräknad vårdtid
Hur länge anser läkaren att arbetsoförmåga kommer att vara?				Bifoga sjukskrivningsintyg
Har läkarbehandlingen avslutats?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	År	Mån	Dag
Har du andra olycksfalls- eller sjukförsäkringar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Försäkringsnr	Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidigare fått ersättning för olycksfall eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?	Varifrån?	

Olycksfall

Var hände olyckan?				
Händelseförlopp och övriga omständigheter				
Vilken kroppsskada har blivit följderna?	Skada	Befaras framtida men? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har denna kroppsdeld tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när?		
	På vilket sätt?			
Omfattas du av trygghetsförsäkring vid arbetsskada hos Afa?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

Sjukdom

Sjukdomens namn				
När märktes första symtomen?				
Har du tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när?		
	Befaras framtida men?			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

Ersättningsanspråk

OBS! Kostnader för resor i samband med vård och behandling ska i första hand betalas av landstinget. Utgifter ska styrkas med **originalkvitton** eller landstingets "Intyg om utbetald sjukvårdsersättning".

Vid trafikskada ska kostnader ersättas genom trafikförsäkringen. Vid arbetsskada ska kostnader ersättas av AFA om du omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA).

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Totalkostnad	Ersätts av försäkringskassa eller landsting	Återstående belopp	Verifikation nr

Skadad lösegenom ersätts i vissa fall, se försäkringsbrev och villkor	Inköpsår	Inköpspris	Dagens inköpspris	Ersättningsanspråk i kr

Ersättning utbetalas till

Namn			
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Utbetalning önskas insatt på	Ange vilken bank	Clearingnr	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto			
Utbetalning önskas insatt på	Kontonummer		
<input type="checkbox"/> Personkonto			

Besvaras vid tandskada

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade. Mjölk tänder Permanenta tänder

Höger sida Vänster sida

Kindtänder ÖVERKÄKE Kindtänder

Höger sida Vänster sida

Kindtänder UNDERKÄKE Kindtänder

Underskrift (om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag medger att läkare, sjukhus, annan vårdanstalt eller försäkringsinrättning (inkl allmän försäkringskassa får lämna Länsförsäkringar de upplysningar om mitt/barnets hälsotillstånd som Länsförsäkringar anser sig behöva för att bedöma mina ersättningsanspråk.

Ort och datum	Telefonnummer arbete (även riktnr)	Telefonnummer bostad (även riktnr)
Namn-teckning	Namnförtydligande	

Om den försäkrade inte själv är i stånd att skriva under anmälan, bör den undertecknas av person som har noggrann kännedom om fallet.