

Skadeanmälan

If olycksfall



ARBETSGIVARE / FÖRENING / LÄROANSTALT

Namn		Försäkringsnr
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	Telefon (även riktnummer)

DEN SKADADES NAMN

Efternamn och tilltalsnamn (skriv tydligt – texta gärna)		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn	

UTBETALNINGSSÄTT

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

<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Postgiro	Clearingnr	Kontonr
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------	---------

BESKRIVNING AV OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? (datum)	Var inträffade olycksfallet?
	<input type="checkbox"/> På arbete/skola/läroanstalt <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbete/skola/läroanstalt <input type="checkbox"/> På fritid

Under (eller på väg till eller från) vilken kurs, övning, tävling eller motsvarande inträffade olyckan?

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

Vilka kroppsskador blev följden?

Vilken läkare har behandlat skadan?	Är behandlingen avslutad?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada?	När?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

På vilket sätt?

Vilken läkare anlitas då? (namn och ort)

UPPGIFTER OM LÄKE- OCH RESEKOSTNADER

Kostnader som ersätts av försäkringskassan ska tas ut hos denna. Utgifterna ska styrkas med originalverifieringar. 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

FÖLJANDE FRÅGOR SKALL ALLTID BESVARAS

När anlätades läkare? (datum)	Läkarens namn och adress
-------------------------------	--------------------------

Vilken läkare sköter dig nu? (namn och adress)

Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilket?	Vilka tider? from tom from tom			
--	---------	---	--	--	--

Har olycksfallet vållat arbetsoförmåga? <input type="checkbox"/> Hel	from	tom
	from	tom

Delvis (minst hälften)
Är du helt återställd?

Ja Nej

Har du annan olycksfalls-, rese- eller hemförsäkring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag
---	-------

Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-------------------	---

Är skadan anmäld som arbets-, trafik-, ansvars- eller överfallsskada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag	Skadenummer
---	-------	-------------

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

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

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

Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande	Telefon dagtid (även riktnummer)	E-post

UNDERSKRIFT AV FÖRENING-, KLUBB-, KURS-, ÖVNINGS- ELLER TÄVLINGSLEDARE

Härmed intygas att den skadelidande omfattades av vår kollektiva olycksfallsförsäkring vid skadetillfället.

Datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

UNDERSKRIFT AV ARBETSGIVARE

Har företaget tecknat avtal med TFA? (ska alltid besvaras)

Ja Nej

Den försäkrade är

Heltidsanställd Deltids- eller extraanställd

Härmed intygas att den skadelidande omfattas av vår kollektiva olycksfallsförsäkring vid skadetillfället.

Datum	
Namnteckning	Namnförtydligande



Skickas till:

If

F200

106 80 Stockholm

Telefon: 0771-815 818

Mail: skadeservice@if.se

