

ANMÄLAN OM INTRÄFFAD PERSONSKADA JAKTJOURNALENS JÄGAROLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

IFYLLES AV DEN SKADELIDANDE

Den skadelidandes namn	Den skadelidandes personnr	År	mån	dag	nr
	Prenumerationsnummer				
Utdelningsadress	Postnr	Ortsnamn			
Telefon dagtid	E-post				
SKADEDATUM	År	mån	dag	SKADEPLATS	

ANMÄLAN AVSER

<input type="checkbox"/> Gruppolycksfallsförsäkring, ange när olycksfallet inträffade <input type="checkbox"/> på jakt <input type="checkbox"/> på väg direkt till eller från jakt	<input type="checkbox"/> Under övning/förberedelse till jakt <input type="checkbox"/> Annat (ange vad)
--	---

ERSÄTTNINGANSPRÅK

Var vänlig specificera ersättningsanspråken genom att lista dem här, och uppge om anspråken är att anse som fullständiga och slutgiltiga. Bifoga alltid originalkvitton vid anspråk på kostnadsersättning.

REDOGÖRELSE FÖR VAD SOM HÄNT

Beskriv nedan vad som hänt. Läkarintyg skall alltid bifogas anmälan om personskada. Om ersättningsrätten förutsätter beslut fattat av försäkringskassa, var vänlig bifoga beslutet. Vid överfall/misshandel skall polisrapport bifogas.

Har olycksfallet/sjukdomen föranlett arbetsoförmåga/sjukskrivning?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Hel	fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Delvis, minst hälften	fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> 1/4 (25%)	fr o m	t o m
<input type="checkbox"/> Nej			

Div023-5

Vilken kroppsskada blev följden)

Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?

Ja När? _____ På vilket sätt? _____

Nej _____

Har ni annan sjuk-/olycksfallsförsäkring?

Ja _____ Försäkringsnummer _____ Är skadan anmäld dit? Ja

Nej _____ Nej

KONTO DIT ERSÄTTNING SKALL BETALAS

(Saknas konto betalas ersättning ut via postanvisning)

Plus-/bankgiro nr

Bankkonto Clearingummer Kontonummer

UNDERSKRIFT

Jag intygar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
 Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt och allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som försäkringsgivaren behöver för att utreda huruvida den anmälda skadan/sjukdomen omfattas av försäkringen enligt försäkringsvillkoren.

Ort	Datum	Namn-teckning	Namn-förtydligande
-----	-------	---------------	--------------------

Anmälan och originalkvitton lämnas till Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm som efter att ha intygat försäkringstillhörighet vidarebefordrar anmälan till försäkringsgivaren.

**OBS! Skada skall anmälas snarast.
 Du skall inkomma med dina krav inom sex (6) månader**

Ifylles av Gefvert AB

DEN SKADELIDANDES FÖRSÄKRINGSTILLHÖRIGHET TILL DEN ELLER DE FÖRSÄKRINGAR SOM ANMÄLAN AVSER INTYGAS

Prenummeration gällande fr.o.m. nr.	T.o.m nr.
För Gefvert AB	Namn-förtydligande