

Uppgifter om den vid olycksfallet inblandade hästen

Hästens namn	Försäkringsnummer
--------------	-------------------

Uppgifter om försäkringstagaren

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer/Mobilnummer

Uppgifter om den skadade

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer/Mobilnummer

Uppgifter om olycksfallet

När och var inträffade olycksfallet?	Datum	<input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På arbetet <input type="checkbox"/> På väg till/från arbetet		
På vilken plats och under vilken sysselsättning inträffade olycksfallet?			
Hur gick olycksfallet till?			
Vilken kroppsskada uppkom?			
Uppgifter om läkarvård med mera	När anlätades läkare?	Vårdgivarens namn och adress (läkare, vårdcentral, sjukhus etc)		
	Har läkarbehandlingen avslutats?	Om "Ja", när?	Befaras framtida besvär eller invaliditet?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Har den skadade kroppsdelen tidigare varit utsatt för sjukdom eller skada?	Om "Ja", när?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Om "Ja", vårdgivarens namn och adress (läkare, vårdcentral, sjukhus etc)			

Fylls i då fordon varit inblandat vid olycksfallet

Uppgifter om fordon och trafikförsäkringsbolag	Fordonsslag (personbil, lastbil, traktor o dyligt)	Har anmälan gjorts till trafikförsäkringsbolag?	Om "Ja", ange skadenummer
	Fordonets registreringsnummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolag

Fylls i om olycksfallet har inträffat i arbetet

Har försäkringstagaren tecknat AFA-försäkring (även så kallad beredskapsavtal) eller omfattas den skadade av egen AFA-försäkring som gäller vid detta olycksfall?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsavtalsnummer

Fylls i vid dödsfall

Dödsfallsdatum	Bifoga "Dödsfallsintyg och släktutredning" (Beställs från Skatteverket)
----------------	---

Annan försäkring (besvaras alltid)

Har den skadade olycksfallsförsäkring hos annat försäkringsbolag (utöver trafikförsäkring)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsbolag och skadenummer
---	--	----------------------------------

Ersättning önskas insatt på

Bankkonto eller Personkonto	Bankens namn och ort		
	Clearingnummer	Övrig del av kontonummer	Kontoinnehavaren
Plusgirokonto eller utbetalningsavi	Eget plusgironummer	<input type="checkbox"/>	Utbetalningsavi

Dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats, lansforsakringar.se.

Den skadades underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Försäkringstagarens underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Blanketten skickas till

Länsförsäkringar
Hälsa, Skador 3
106 50 Stockholm

Telefon 08-588 424 12

Länsförsäkringars noteringar

Giltig (betald) försäkring finns uppgivens skadedag	Försäkringens årsförfallodag	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande