



Ifyllnad av skadeanmälan

Bilaga: If Skadeanmälan, If-9187:13 11.10

FVRF har tecknat olycksfallsförsäkring hos If-försäkringsbolag. Vid skada skall skadeanmälan göras av den som råkade ut för skadan/olyckan på blankett som återfinns på Flygvapenfrivilliga hemsida under länken dokument.

Denna instruktion guidar dig så att blanketten blir korrekt ifylld.

I stycket Arbetsgivare/Förening skriver du;

Flygvapenfrivilliga Riksförbund, försäkringsnummer SP 7105.12.1

Box 2001, 103 11 STOCKHOLM, tfn 08-514 390 00

Det är kursansvarigas ansvar att kontrollera att blanketten är korrekt ifylld och informationen är tydlig. Därefter skrivs den under av kursansvarig.

I stycket Den skadades namn skall du fylla i dina personliga uppgifter. Kom ihåg att skriv tydligt.

I stycket Utbetalningssätt anger du; vilken typ av konto du har, clear nr och kontonummer

I stycket beskrivning av olycksfallet beskriver du;

När olyckan inträffade, var samt under vilken kurs/utbildning som det inträffade.

Därefter beskriver du kortfattad händelseförloppet. Fundera igenom vad som hände och börja sedan att skriva ner förloppet.

Du anger vilka kroppsskador du har fått, om en läkare har behandlat skadan, skriv ner namnet på läkaren samt om behandling är avslutad. Ju mer komplett anmälan, ju bättre för dig.

I stycket uppgifter om läke- och resekostnader fyller du i samt glöm inte att bifoga originalkvitto tillsammans med anmälan.

I stycket följande frågor skall ALLTID besvaras, innebär att du skall fylla i samtliga, i annat fall är inte skadeanmälan korrekt ifylld och kommer inte behandlas.

Du kan längst ner komplettera under övriga upplysningar.

På sidan 3 skall du fylla i datum, skriva under samt skriva namnförtydligande, telefon där försäkringsbolaget kan nå dig samt epostadress. Skriv tydligt, i annat fall får inte försäkringsbolaget tag i dig om din anmälan behöver kompletteras eller om något är oklart vid handläggningen.

Därefter skickas anmälan till FVRF, Box 2001, 10311 Stockholm där den behandlas och sänds in till If Försäkringsbolag.

Frågor eller oklarheter? Fråga kurs- eller skolchef.

Postadress

Box 2001, 10311 Stockholm

web

flygvapenfrivilliga.se

Besöksadress

Lilla Nygatan 14, Sthlm

Email

info@flygvapenfrivilliga.se

Org.nr

802009-3541

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	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.

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

BESKRIVNING AV OLYCKSFALLET

När inträffade olycksfallet? (datum)	Var inträffade olycksfallet?		
	På arbete/skola/läroanstalt	På väg till eller från arbete/skola/läroanstalt	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?
	Ja Nej
Har denna kroppsdel tidigare varit utsatt för skada?	När?
Ja Nej	
På vilket sätt?	

Vilken läkare anlätades då? (namn och ort)

UPPGIFTER OM LÄKE- OCH RESEKOSTNADER

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

Datum för behandling	Utgiftens art (läkararvode, medicin, resor etc)	Total kostnad	Av försäkrings- kassa 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?	Vilket?	Vilka tider?			
Nej Ja		from	tom	from	tom

Har olycksfallet vållat arbetsoförmåga?	from	tom
Hel	from	tom

Delvis (minst hälften)

Är du helt återställd?
Ja Nej

Har du annan olycksfalls-, rese- eller hemförsäkring?	Bolag
Nej Ja	

Försäkringsnummer	Är skadan anmäld dit?
	Ja Nej

Är skadan anmäld som arbets-, trafik-, ansvars- eller överfallsskada?	Bolag	Skadenummer
Nej Ja		

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)	E-post

UNDERSKRIFT AV FÖRENINGS-, 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