



OLYCKSFALLS- OCH SJUKDOMSANMÄLAN

- Företagets privatolycksfallsförsäkring
 Företagets resenärförsäkring
 Företagets kommenderingsreseförsäkring
 Internationell kommenderingsreseförsäkring

ANVISNINGAR FÖR IFYLLANDE

FINNS PÅ OMSTÄENDE SIDA

SKADADE/ INSJUK- NAD	Namn		Personbeteckning	Titel eller yrke
	Utdelningsadress		Postnummer	Adressanstalt
				Telefon

ifall nej, till vilket lands?

Hör ni till finska sjukförsäkringssystemet? ja nej

Jag befullmäktigar If Skadeförsäkringsbolag Ab att, för de betalda sjukvårdskostnadernas del, för mig söka och utkvittera den ersättning för sjukvårdskostnader som enligt sjukförsäkringslagen tillfaller mig. Fullmakten gäller tillsvidare.

Ort och datum Fullmaktsgivarens (förmyndarens) underskrift

FÖRSÄK-
RINGSTA-
GARE (ar-
betsgivare)

Namn

Utdelningsadress

Postnummer

Adressanstalt

Telefon

UTBETA-
NING AV
ERSÄTT-
NING

Till vem skall ersättning utbetalas

Bankens namn och adress, om det är en utländsk bank

Adress

Kontonummer

SWIFT- eller nationell kod

UPPGIFTER
OM
OLYCKS-
FALLET
ELLER
SJUK-
DOMEN

Olycksfall under fritid Sjukdom Hälsovård i arbetet Annat, vad?

Dag då olycksfallet inträffade eller dag då sjukdomssymptomen konstaterades

Klockslag

Plats

Redogörelse över olycksfallets händelseförlopp och över vad den skadade gjorde då olycksfallet inträffade, vid sjukdom noggrann redogörelse över hur sjukdomssymptomen yppade sig eller över hälsovårdskostnaderna.

Försakades olycksfallet av annan person, namn och adress

Ögonvittnen till olycksfallet och deras adresser

Var den skadade påverkad av berusningsmedel eller narkotika nej ja

Har polisförhör hållits nej ja

Ort och tid

RESANS
UPPGIFTER

Resans begynnelse

Den planerade sista resedagen

Den verkliga sista resedagen

Arbets- eller tjänsteresa som bekostas av arbetsgivaren Fritidsresa

UPPGIFTER
OM
KOMMEN-
DERINGEN

Uppgifter om den skadades eller insjukna- des arbetsförhållande till försäkringstagaren

Arbetskommenderingstiden

Den skadade är en under kommenderingen medföljande familjemedlem

Nationalitet

SKÖTSEL
AV SKADAN
ELLER
SJUKDOMEN

När uppsökte den skadade första gången läkare

Läkarens namn och adress

Vårdades den skadade på sjukhus nej ja

Vilket sjukhus, namn och adress

Postadress

IF SKADEFÖRSÄKRINGSBOLAG AB

Hallonnäsgränd 8 A, FIN-00025 IF, FINLAND

Kontor

Hallonnäsgränd 8 A

DRUMSÖ-HELINGSINGFORS

Telefon

+ 358 10 51512

Telefax

+ 358 10 514 5842

ANVISNINGAR FÖR IFYLLANDE

- Fyll i blanketten separat för varje familjemedlem och försäkringsfall
- Svara på alla frågor
- Skriv tydligt till vem ersättningen skall utbetalas
- Om det är fråga om en utländsk bank, skriv också bankens SWIFT-kod (fås på banken) eller nationella kod, t.ex. BLZ i Tyskland, SC i England osv.
- Uppge vilket datum sjukdomen/olycksfallet har inträffat
- Förklara i punkten "Uppgifter om olycksfallet eller sjukdomen" orsaken bakom läkarbesöket
- Ifyll och underteckna även fullmakten, om du omfattas av Finlands sjukförsäkringslag

BIFOGA TILL ERSÄTTNINGSAKSÖKAN:

- Ett läkarutlåtande. I lindriga fall krävs minst en diagnos som ingår i kvittot på läkararvodet
- Verifikat i original; i fråga om läkemedel både receptet och apotekskvittot

TIDIGARE SJUK-DOMAR OCH LYTEN	Har den försäkrade insjuknat förut i samma sjukdom eller lidit av samma symptom		
	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	när?
	Läkare, som vårdat den försäkrade för dessa		
SJUK-VÅRDS-KOSTNA-DER	ALLA VERIFIKAT SKALL SKICKAS I ORIGINAL		
		BELOPP	VALUTA
	LÄKARARVODEN		
	SJUKHUSKOSTNADER		
	RESEKOSTNADER		
	MEDICINER		
	ÖVRIGA SJUKVÅRDSKOSTNADER		
KOSTNA-DER PÅ GRUND AV ATT RESA AV-BRUTITS ELLER AN-NULLERATS	EXTRA RESEKOSTNADER		
	EXTRA INKVARTERINGSKOSTNADER		
	ÖVRIGA KOSTNADER		
ÖVRIGA FÖRSÄKRINGS	Söks på grund av denna skada ersättning också på basen av annan försäkring		
	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	försäkringsbolaget
TILLÄGGS-UPPGIF-TER	Tilläggsuppgifter ges av		E-mail
	Telefonnummer under tjänstetid		Telefax
	Skadeanmälan sänds till försäkringstagaren/arbetsgivaren, som sedan förmedlar den vidare till If Skadeförsäkringsbolag Ab. Om blanketten innehåller sådan information som man inte vill att försäkringstagaren/arbetsgivaren ska få kännedom om, kan den sändas direkt till If Skadeförsäkringsbolag Ab på adressen: If Skadeförsäkringsbolag Ab, Företagets reseförsäkring, Hallonnäsgränd 8 A, FIN-00025 IF, FINLAND		
DEN ER-SÄTTNING-SÖKADEN UNDERS-KRIFT	Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är riktiga. Jag tillåter, att läkare, sjukhus, sjukförsäkringsbyråer och andra inrättningar eller personer som kan ge upplysningar om mig och mitt hälsotillstånd, lämnar bolaget de upplysningar som bolaget anser vara nödvändiga för behandlingen av denna ansökan. Ort och datum		
	Den ersättningssökandes underskrift		
ARBETS-GIVARENS UNDERS-KRIFT	Vi bekräftar, att den skadade/insjuknade vid skadans inträffande var i arbetsförhållande till ovannämnda försäkringstagare och är försäkrad med denna försäkring samt att uppgifterna över tjänsteresan är rätta. Ort och datum		
	Försäkringstagarens (=arbetsgivarens) företrädares underskrift		