



OLYCKSFALLS- OCH SJUKDOMSANMÄLAN

- Företagets resenärförsäkring
 Företagets kommanderingsreseförsäkring
 Företagets olycksfalls- och sjukvårdsförsäkring

- Du söker ersättning smidigast genom att fylla i den elektroniska blanketten på adressen www.if.fi/travel
- Om du är tvungen att använda denna blankett, vänligen fyll i en skild blankett för varje skada och försäkrad person.
- Du måste inte skicka kvitton, vi ber om dem vid behov. Behåll dock kvittona i sex månader.
- Du kan bifoga ett läkarutlåtande eller dylika dokument till din ansökan.
- Om ni omfattas av den finska sjukförsäkringslagen, skriv under fullmakten som gäller den.
- Vänligen fyll i blanketten noggrant, på grund av att det försnabbar skadehandläggningen av din ansökan
- Skicka blanketten per e-post till personal@if.fi eller per brevpost till IF skadeförsäkringsbolag, filial i Finland, Företagens frivilliga personförsäkringar, PB 2026, FIN-20025 IF

Försäkringsnummer	Försäkringsnummer		
Skadad/ Insjuknad	Namn		Personbeteckning (Födelsedatum)
	Gatuadress	Postnummer	Postanstalt Adressens land
	Telefon	e-post	
Försäkrings- tagare (= arbetsgivare)	Försäkringstagarens namn		
	Kontaktpersonens namn och kontaktuppgifter (telefon och e-post)		
Resans uppgifter	Resmål		
	Resans begynnelse datum	Resans planerade avslutsdag	Resans verkliga avslutsdag
	<input type="checkbox"/> Arbetsresa <input type="checkbox"/> Fritidsresa <input type="checkbox"/> Arbets- eller fritidsresa under utlandsplacering		
Uppgifter om kommen- deringen	Utstationeringsland	Den skadades/insjuknades arbetsförhållande till försäkringstagaren	
	Arbetskommenderingstiden		
Uppgifter om sjukdomen eller olycks- fallet på resa/ kommende- ring	<input type="checkbox"/> Olycksfall under fritid <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Hälsovård i anknötning till försäkring vid utlandsplacering <input type="checkbox"/> Olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> Annat, vad?		
	Dagen då olycksfallet inträffade eller de första sjukdomssymptomen konstaterades	Klockslag	Plats och land
	Redogörelse över olycksfallets händelseförlopp och över vad den skadade gjorde då olycksfallet inträffade. Vid sjukdom redogör över sjukdomens art och hur dess symptom yppade sig. Vid utlandsplaceringens hälsovårdstillägg ge en noggrann redogörelse över utförda behandlingar. Vid annullering eller avbrott i resa, redogör för orsakerna som ledde till avbrottet/annulleringen.		
	Var den skadade påverkad av berusningsmedel eller narkotika? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har polisundersökning gjorts? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Polisundersökningens ort och tid
Vård av skada eller sjukdom	När uppsökte du läkaren första gången?	Läkarens namn, adress och land	
	Vårdades du på sjukhus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjukhusets namn, adress och land	
Tidigare sjukdomar och lyten	Har du tidigare insjuknat i samma sjukdom eller lidit av samma symptom?		
	Om du svarade ja, var, när och hur vårdades sjukdomen/skadan eller dess symptom?		

Sjukvårds- kostnader	Lista vårdkostnaderna i tabellen	Specifikation av kostnader	Kostnadsdatum	Kostnadens belopp och valuta	Har FPA-avdrag gjorts? Ja/Nej
	Läkararvoden				
	Undersöknings- och vård- kostnader				
	Mediciner				
	Sjukhuskostnader				
	Fysikalisk vård				
	Tandvård				
	Extra resekostnader i samband med vård				
	Övriga sjukvårdskostnader				
Kostnader orsakade av avbrott i resa eller resans annullering	När bokades resan?		När annullerades resan?		
	Resans ursprungliga pris och valuta		Reseorganisatörens/Resebyråns kompensation och valuta		
	Lista kostnaderna i tabellen	Specifikation av kostnader	Kostnadsdatum	Kostnadens belopp och valuta	
	Övriga resekostnader				
	Extra inkvarteringskostnader				
	Övriga kostnader				
Utbetalning av ersättning	Ersättningstagarens namn		Ersättningstagarens adress		
	Bankens namn, adress och land om utanför Finland			Bankkontonummer	
	BIC/SWIFT-kod		Kontoinnehavarens namn		
Fullmakt för FPA- kompensation	Omfattas du av finska sjukförsäkringslagen? Om inte, av vilket lands? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
	Jag befullmäktigar If Skadeförsäkringsbolag Ab (publ), filial i Finland, att för de betalda sjukvårdskostnadernas del, för mig söka och utkvittera den ersättning för sjukvårdskostnader som enligt sjukförsäkringslagen tillfaller mig. Fullmakten gäller tillsvidare. Plats och datum Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande				
Den skadades/ insjuknades underskrift och fullmakt	Jag tillåter härmed, att läkare som undersökt och vårdat mig, sjukhus, hälsovårdscentral, rådgivningsbyråer, arbetshälsovårdens enheter, inrättningar för mental hälsa och privata sjukvårdsinrättningar, samt andra försäkringsbyråer och försäkrings- och pensionsanstalter som kan ge upplysningar om mig och mitt hälsotillstånd, lämnar försäkringsbolaget de upplysningar som bolaget anser vara nödvändiga för behandlingen av denna ansökan. Försäkringsbolaget kan, för att erhålla de erforderliga uppgifterna, upplåta till de ovannämnda instanserna individualiserade uppgifter angående mitt hälsotillstånd och mina försäkringar.				
	Ort och datum		Underskrift och namnförtydligande		