

<input type="checkbox"/> Häst	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katt/sällskapsdjur	<input type="checkbox"/> Full ersättning	<input type="checkbox"/> Tillstånd till avlivning	Försäkringsnr
<input type="checkbox"/> Nöt - Får/get - Hjort	<input type="checkbox"/> Foster och föl/kalv	<input type="checkbox"/> Delersättning			

1

Efternamn	Förnamn	Personnr/Firmanr
Bostadsadress	Postadress	e-postadress

Uppgifter om djuret

2

Djurets namn	Kön	Född	Ras
Färg och tecken	Öronnr	Reg.nr/ID.nr	Härstamning
Säljare	Inköpsdatum	Inköpspris	Vad har djuret använts till?

Uppgifter om skadefallet

3

När skadades djuret eller visade sjukdomssymptom? / 20 kl.	Har djuret haft liknande åkomma tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja / 20	Om djuret inte är vid liv <input type="checkbox"/> Dog <input type="checkbox"/> Avlivades / 20
Var djuret dräktigt vid skadetillfället? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, betäckt / 20	Har skadan uppkommit vid förlossning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Djuret har <input type="checkbox"/> Nedgrävts <input type="checkbox"/> Kremerats

Din egen berättelse om skadefallet – hänvisning till veterinärintyg får ej göras

4

Hur yttrade sig sjukdomen eller hur gick skadefallet till?

Veterinär

5

Vilken eller vilka veterinärer har anlitats?	Djuret är undersökt och behandlat den / / / /
----------------------------------------------	--------------------------------------------------

Vid trafikskada

6

Fordonets ägare/förare (namn och adress). Polisrapport skall bifogas då fordonsföraren är okänd.

Fordonets registreringsnr	Försäkringsbolag för trafikförsäkringen	Har polisanmälan gjorts? <input type="checkbox"/> Ja, rapport bifogas <input type="checkbox"/> Nej
---------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Momspliktighet och annan ersättning

7

Är du momsredovisningsskyldig för djuret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal djur vid skadetillfället	Hjort från	Får/get från
Kan eller kommer ersättning att begäras från annat håll? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Nöt över 2 år:	18 mån:	8 mån:
	Nöt 10 dag - 2 år:	Hjort 2 mån - 18 mån:	

Intyg som bifogas

Obs! original

Avlivningsintyg/Intransp.sedel Polisrapport

Slaktavräkning _____

Direktsättning av ersättning

Ersättning önskas insatt på: PlusGirokonto Bankkonto Personkonto

Kontonr:

Bankens namn och ort:

Underskrift

9

Skaderegleringen syftar till att inom ramen för gällande villkor ge försäkringstagaren en rättvis ersättning. Försäkringstagaren är enligt lag skyldig att lämna alla de upplysningar som erfordras för denna prövning. Felaktiga uppgifter kan medföra straffpåföljd.

Jag försäkrar härmed att jag är ägare till djuret och att lämnade uppgifter är fullständiga och korrekta.

Datum	Underskrift	Telefon hem	Telefon dagtid/Mobiltelefon
-------	-------------	-------------	-----------------------------

OMBUD

Djurägaren kontaktade undertecknad angående skadefallet / 20	Har du själv sett det döda djuret? <input type="checkbox"/> Ja / 20 <input type="checkbox"/> Nej	Har du vid kollektiv försäkring räknat antalet djur och kan styrka detta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har skadeblanketten översänts till djurägaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Djurets data och identitet är kontrollerat mot <input type="checkbox"/> Reg.bevis <input type="checkbox"/> Stamtavla <input type="checkbox"/> Kontrollbok <input type="checkbox"/> _____		
Datum	Underskrift ombud	Omb.nr	Finns övriga upplysningar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

INTYG AV OJÄVIGA PERSONER

Djurägarens namn och adress					
Djurslag	Ras	Kön	Djurslag	Ras	Kön
Djurets ålder	Namn, öronnr/härstamning		Djurets ålder	Namn, öronnr/härstamning	
När dog/avlivades djuret? / 20	Har du själv sett det döda djuret? <input type="checkbox"/> Ja / 20 <input type="checkbox"/> Nej		När dog/avlivades djuret? / 20	Har du själv sett det döda djuret? <input type="checkbox"/> Ja / 20 <input type="checkbox"/> Nej	
Har du personligen kontrollerat och kan du bestyrka antalet djur i besättningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	antal djur: ____ st		Har du personligen kontrollerat och kan du bestyrka antalet djur i besättningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	antal djur: ____ st	
Sjukdomsförlopp/Dödsorsak			Sjukdomsförlopp/Dödsorsak		

Riktigheten av ovan lämnade uppgifter intygas:

Riktigheten av ovan lämnade uppgifter intygas:

Ort	Datum	Ort	Datum
Tydligt namn		Tydligt namn	
Adress	Telefon	Adress	Telefon

