

Försäkringsnummer

Försäkringstagarens uppgifter

Efternamn, förnamn		Personnummer/Organisationsnummer	
Adress	Postnr	Postort	
E-post	Telefon	Mobilnummer	

Kontouppgifter

Ev kommande utbetalning önskas insatt på <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Plusgiro	Kontonummer (inkl clearingnummer)	Bankens namn och ort
--	-----------------------------------	----------------------

Uppgifter om hästen

Hästens namn	Födelsedatum (år, mån, dag)	Kön <input type="checkbox"/> Sto <input type="checkbox"/> Hingst <input type="checkbox"/> Valack	Chip-, reg- eller id-nummer
Ras	Färg och tecken	När insjuknade/skadades hästen? (år mån dag)	
Beskriv hur sjukdomen/skadan ytrade sig			
Vilken/vilka veterinärer har behandlat hästen?	Namn	Behandlingsdatum (år, mån, dag)	
	Namn	Behandlingsdatum (år, mån, dag)	
	Namn	Behandlingsdatum (år, mån, dag)	
Har hästen tidigare behandlats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när (år, mån, dag) och för vad	Är du skyldig redovisa moms för denna häst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Övrigt

Till skadeanmälan bifogar jag _____ antal sidor

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och korrekta.			
Datum (år, mån, dag)	Namn/teckning	Namnförtydligande	Telefonnummer