



Skadeanmälan - B-tränarnas Riksförbund

Hästdrulle- och ansvarsskador

Skickas till:

If Skadeförsäkring
F200
106 80 Stockholm

Försäkrad

*Obligatorisk uppgift

Har skadan inträffat i samband med* <input type="checkbox"/> Träningsverksamhet <input type="checkbox"/> Tävling		Är anmälaren licensierad B-tränare* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmälares namn*	Person-/organisationsnummer*	Telefonnummer*
Utdelningsadress (gata, box e.d.)*	Konto-/bankgironummer*	
Ortsadress (postnr och ort)	E-postadress*	
Har anmälaren redovisningsskyldighet för moms?*	Har fler än ett ekipage varit inblandad i olyckan?*	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Skadedrabbad (om samma som ovan, lämna tomt)

Namn	Person-/organisationsnummer	Telefonnummer*
Utdelningsadress	Konto-/bankgironummer*	
Ortsadress (postnr och ort)	Redovisningsskyldighet för moms?*	E-postadress*
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Skadedatum och plats

År*	Månad*	Dag*	Plats*	Hästens namn
-----	--------	------	--------	--------------

Redogörelse för skadans orsak och omfattning

--

