

Skademelding



Dyr i landbruk

Skaden kan også meldes på telefon 815 00 818 eller via internett www.if.no

Vennligst fyll ut samtlige av feltene som har tilknytning til skaden. Skaden vil bli innmeldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister.

PERSONOPPLYSNINGER

Forsikringstakers navn (etternavn og fornavn)		SKADENUMMER (FYLLES UT AV IF)			
Adresse		Polisenr.			
Postnr./Sted		Fødselsnr.			
Jeg aksepterer kommunikasjon i skadesammenheng pr. e-post? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		E-post	Telefon privat/mobil	Telefon arbeid	
Oppgavepliktig etter lov om mva? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Organisasjonsnr.	Erstatning utbetales til kontonummer		

EIER/BRUKERS OPPLYSNINGER OM SKADEN

Når ble skaden oppdaget?	DD	MM	AA	Fantes nyttbare levninger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Beløp eks. moms
Avregning eller kassasjonsbevis vedlegges!					
Når ble veterinær tilkalt?	DD	MM	AA	Navn på veterinær som ble brukt	Har dyret vært skadd/sykt før? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Dyret døde/ ble avlivet?	DD	MM	AA	Attestasjon av en uhildet person dersom dyr døde/ ble avlivet uten at veterinær ble tilkalt	Navn

Beskriv hendelsen. Evt. utfyllende opplysninger på eget ark.

EIERS/BRUKERS OPPLYSNINGER OM DYRET OG BESETNINGEN

STORFE

-Melkeku/drektig kvige Dyrets nr/navn	Bedeknings- dato	DD	MM	AA	Melkekvote	Produsert av melkekvote på skadetidspunktet		
-Ammeku/drektig kvige Dyrets nr/navn	Bedeknings- dato	DD	MM	AA	Antall ammekyr/ drektige kviger på skadetidspunktet			
-Slaktedyr Dyrets nr.	Fødsels- dato	DD	MM	AA	Alder i uker	Kryssnings- grad	Mindre enn 50% kjøttfe <input type="checkbox"/> Lik, mer enn 50% kjøttfe <input type="checkbox"/>	Antall slaktedyr på skadetidspunktet

PURKER

Dyrets nr.	Fødsels- dato	DD	MM	AA	Alder i uker	Bedekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bedeknings- dato	DD	MM	AA	Årsdyretall	Konsesjon
Hele kull kastet/dødfødt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Antall døde/kastede grisunger			Ekstraordinært tap av smågris	Ant. 0-4 uker	4-6 uker	6-8 uker					

SLAKTEGRIS

Dyrets nr.	Fødsels- dato	DD	MM	AA	Dato for innsett	DD	MM	AA	Uker i innsett	Årsproduksjon	Konsesjon
------------	------------------	----	----	----	------------------	----	----	----	----------------	---------------	-----------

SAU OG GEIT

Dyrets nr.	Fødsels- dato	DD	MM	AA	Parrings- dato	DD	MM	AA	Lammings/ kjeingsdato	DD	MM	AA
Kasting/dødfødsel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant. rammede morder	Ant. kastede/dødfødte lam	Ekstraordinært tap av lam	Ant. 0-2 mnd	2-6 mnd	over 6 mnd	Sau, dyretall 31.12	Geit, melkekvote				

FJØRFE

Type fjørfeproduksjon	I hvilket hus er skaden? (Angi antall skadet pr hus)	Hus 1	Hus 2	Hus 3	Hus 4	Hus 5	Hus 6
Årsproduksjon	Konsesjon	Antall fjørfe pr. hus på skadetidspunktet					
For fjørfe berørt av skaden	Dato for innsett	DD	MM	AA	Antall ved innsett	Pris pr stk. ved innsett	

Jeg bekrefter at overnevnte opplysninger er riktige og er klar over at uriktige/ufullstendige opplysninger kan medføre helt eller delvis tap av retten til erstatning.

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

ORIENTERING TIL VETERINÆREN

Veterinærattesten er et viktig dokument. Veterinæren kan bidra til en rask og riktig behandling av skadekravet ved å;

- Besvare alle blankettens spørsmål, selv om svare er "Nei", "Ingen" eller "Ukjent".
- Gi fullstendig sykehistorie.
- Nevne alle forhold som kan ha betydning for skaden.
- Påse at blankettens forside er fylt ut og gjelder ett og samme dyr.

Honorarer for attesten betales av forsikringstakeren.

BEHANDLENDE VETRINÆRS OPPLYSNINGER OM SKADEN

Dyrets art, rase	Kjønn	Dyrets nr/navn	Fødselsdato
Tilkalt første gang	Dato DD MM AA		
Når var siste behandling	Dato DD MM AA		
Hva slags behandling?			
Har andre behandlet dyret?			
Når oppstod skaden	Dato DD MM AA		
Diagnose			
Prognose			
Årsak til skaden			
Er bruksverdien varig nedsatt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er dyret obdusert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, vedlegg attest	DD MM AA
Når ble dyret avlivet?	DD MM AA		
Vil selv det å leve medføre lidelser for dyret?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, vennligst begrunn	

Utfyllende opplysninger fra behandlende veterinær:

Sted

Dato

Underskrift veterinær