

Skadebeskrivning fortsättning

| | | |
|--|-------------|-------------------|
| Anlitades veterinär? | Besöksdatum | Veterinärens namn |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Liknande symptom tidigare? | Datum | Beh. |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Veterinärens namn _____ | | |

Intyg av ojävig person eller Gotlands s. h. kreaturförsäkringsförenings ombud

Som ojävig person vill jag göra följande redogörelse av mina iakttagelser beträffande ovannämnda djur.

Datum _____ Namnteckning _____

Telefon _____ Namnförtydligande _____

Övriga upplysningar

Har ersättning erhållits/begärts från annat håll Från vem?

Ja Nej _____

I övrigt hänvisas till

Veterinärintyg Intyg av ojävig person Annat _____

Konto för ersättning _____ Momsredovisningsskyldig? Ja Nej

_____ Telefon _____

Underskrift försäkringstagare

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och korrekta

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Namnteckning |
| _____ | _____ |

Underskrift Ombud

Som ombud intygar jag att uppgifter som lämnats av försäkringstagaren är riktiga Ja Nej

Datum _____ Underskrift av ombud _____
