

Skademelding

Ulykke

Vi ber om at egenerklæringen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Forsikringstaker:		
Navn/organisasjon:	Kundenummer:	Forsikringsavtale nr:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Skadelidte:		
Navn:	Fødselsnummer (11siffer):	Erstatning ønskes overført til konto:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Navn på evt. foresatte/verge:	Foresattes/verges telefon:	Foresattes/verges e-post:
Foresattes/verges adresse:	Skadelidtes yrke/stilling:	Skadelidtes trygdekontor:
For hvilke personer gjelder forsikringsavtalen?	I hvilken egenskap omfattes du av denne forsikringsavtalen?	
Opplysninger om ulykken:		
Når inntraff ulykken? Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde ulykken?	
Skjedde ulykken ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi bilens reg.nr:	Bilens forsikringsselskap:
Skjedde ulykken i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse:	
Hvis ulykken skjedde i arbeidet: er den meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kontaktperson og adresse:	
Vennligst gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde og hva skaden består i:		
Når søkte du lege første gang	Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang	
Sykehus opphold <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi politikammer og anmeldelsesnummer	
Har du ulykkesforsikringer i andre forsikringsselskaper? <input type="checkbox"/> Ja, hvilket: <input type="checkbox"/> : Nei	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Hvis ja, oppgi kontaktperson:	<input type="checkbox"/> Nei

Fullmakt

Undertegnede samtykker i at KNIF Trygghet Forsikring AS og deres eksterne skadeoppgjørsselskap, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra lege, tannlege, NAV kontor, likningskontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til erstatningskravet.

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------