

Skademelding

Tlf: 23 68 39 00
skade@kniftrygghet.no
kniftrygghet.no

Dyr i landbruk

Vi ber om at skademeldingen 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:		Kundenummer	Kontaktperson:
Adresse:		Telefon:	Kontaktpersons telefon:
Postnr:	Sted:	E-post:	Oppgavepliktig etter lov om mva: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Forsikringsavtalenr:	Skadenummer:	Objektnummer:	Erstatning ønskes overført til konto:
Er dyret forsikret i et annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi selskapets navn:	Hvis ja, er skaden meldt dit?
Har du/dere tidligere hatt skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja hvor mange – og hva slags skader?	Hvilke(t) fors.selskap erstattet skaden(e)?
Identifikasjon:			
Art, rase, kjønn:		Navn:	Objektnr:
Fødselsdato:	Anskaffet ved: <input type="checkbox"/> Egen avl <input type="checkbox"/> Kjøp	Ved kjøp, oppgi dato og pris inkl/eks mva.	
Forsvinning:			
Er tapet meldt til politiet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, anmeldelsesdato:	Politistasjon:
Hvem meldte skaden til politiet (navn)?		Oppgi politiets anmeldelsesnr:	
		Er dyret etterlyst i lokalpressen: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (vennligst legg ved annonsen)	
Sykdom og/eller ulykke:			
Skyldes skaden: <input type="checkbox"/> Sykdom <input type="checkbox"/> Ulykke		Dato for første sykdomstegn:	Er andre dyr i besetningen syke: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde, evt. sykdomstegn og hendelsesforløp (ved behov kan skjemaets bakside benyttes):			
Behandling:			
Veterinær tilkalt besøk (dato):		Har dyret vært skadet eller sykt tidligere: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Oppgi navn og adresse på den veterinæren som behandlet dyret:
Dyrets verdi:			
Verdi før skaden:	Verdi etter skaden:	Avlivet dato:	Selvdød dato:
Slakteriavregning: <input type="checkbox"/> Vedlagt <input type="checkbox"/> Ettersendes		Nyttbart: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Beløp:

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

Veterinærerklæring:

Forsikringstaker (DETTE FELTET MÅ FYLLES UT)	Forsikringstakers kundenummer:	Forsikringsavtale nr:
Kontaktperson hos forsikringstaker:	Org.nr./Fødselsnummer (11 siffer):	Skadedato (må fylles ut)
Adresse, Postnr, Sted:	Telefon privat:	Telefon arbeid:

Opplysninger om skaden:

Dyrets navn (evt. forsikringsobjekt nummer):	Når overtok De behandlingen?
Behandlet første gang, dato/år	Behandlingen avsluttes dato/år

Hvordan mener du skaden/sykdommen har oppstått:

Diagnose:

Diagnose:

Behandling:

Behandling:

Tidligere behandling:

Har du kjennskap til om dyret tidligere har vært behandlet for samme skade eller sykdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Oppgi navn og adresse på den veterinæren som behandlet dyret:
--	---

Diagnose:

Hvis dyret er i live:

Utsikt til helbredelse: <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Liten <input type="checkbox"/> Ingen	Utsikt til delvis helbredelse: <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Liten <input type="checkbox"/> Ingen	Varig nedsatt bruksverdi: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, med.....%
---	--	--

Hvis dyret er dødt:

Obduksjonsdato:	Resultat:
Slaktets anvendelighet: <input type="checkbox"/> Menneskeføde <input type="checkbox"/> Dyrefor <input type="checkbox"/> Kan ikke brukes	Er dyret avlivet av dyrevernhensyn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Sted og dato:	Veterinærens underskrift:

Bekreftelse fra 2 uildede personer hvis dyret døde før veterinær kunne tilkalles:

Undertegnede bekrefter å ha sett ovennevnte dyr og at det døde / ble nedslaktet på grunn av ulykke:

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