

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 | |

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