

Vi ber Dem vennligst fylle ut skademeldingen 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. Skaden vil bli meldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

**Forsikringstaker**

Dekningsnr.		Fødselsnummer (11 siffer) Org.nr.		Bank/post Kontonr.
Navn			Tlf. privat	Tlf. arbeid Mobiltlf.
Adresse			Yrke/Stilling	
Postnr.	Poststed	e-post		Trygdekontor:

**Forsikringsforhold**

Har De andre forsikringer som omfatter ulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn	Hvis ja, er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har De tidligere fått erstatning for ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi forsikringsselskap og for hvilken ulykkesskade	

**Opplysninger om skadelidte (Hvis annen enn forsikringstaker)**

Navn		Tlf. privat	Tlf. arbeid	Mobiltlf.
Adresse			Yrke/Stilling	
Postnr.	Poststed	Trygdekontor:		
Fødselsnummer (11 siffer) Org.nr.		Bank/post Kontonr.		

**Opplysninger om skaden**

Hvor inntraff skaden?	Når inntraff skaden (dato og klokkeslett)?	Var De påvirket av berusende eller bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvilken dag oppsøkte De lege?	Hvilke leger har behandlet Dem (legens navn, sykehus/kontoradresse)?	
Skjedde skaden ved biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier	
Skjedde skaden i yrke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse	
Er skaden meldt politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvor og anm.nr.	Er skaden meldt arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, oppgi hvor		
Beskriv hvordan uhellet skjedde og hva som var årsaken til at uhellet inntraff		
Hva består skaden i?		

Undertegnede samtykker i at selskapet får de opplysninger det trenger om min helsetilstand fra leger og offentlige trygdemyndigheter.

Sted, dato:	Underskrift:
-------------	--------------