

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 Forsikringsvesenets sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

FORENING/ARBEIDSGIVER

Forsikringstaker

DEKNINGSNR. FØDSELSNUMMER (11 SIFFER) ORG.NR. BANK/POST KONTONR.

NAVN TLF. PRIVAT TLF. ARBEID MOBILTLF.

ADRESSE YRKE/STILLING

POSTNUMMER STED E-POST TRYKDEKONTOR:

Ved å registrere e-postadresse aksepterer du at vi kan benytte e-post i videre dialog om denne skaden

Forsikringsforhold

HAR DE ANDRE FORSIKRINGER SOM OMFATTER ULYKKE? Ja Nei HVIS JA, OPPGI SELSKAPETS NAVN

HVIS JA, ER SKADEN MELDT DIT? Ja Nei

HAR DE TIDLIGERE FÅTT ERSTATNING FOR ULYKKESSKADER? Ja Nei HVIS JA, OPPGI FORSIKRINGSELSEKAP OG FOR HVILKEN ULYKKESSKADE

Opplysninger om skadelidte (Hvis annen enn forsikringstaker)

NAVN TLF. PRIVAT TLF. ARBEID MOBILTLF.

ADRESSE YRKE/STILLING

POSTNUMMER STED TRYKDEKONTOR:

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? Ja Nei

HVILKEN DAG OPPSØKTE DE LEGE? HVILKE LEGER HAR BEHANDLET DEM (LEGENS NAVN, SYKEHUS/KONTORADRESSE)?

SKJEDDE SKADEN VED BILUHELL? Ja Nei HVIS JA, OPPGI KJENNETEGN OG EIER

SKJEDDE SKADEN I YRKE? Ja Nei HVIS JA, OPPGI ARBEIDSGIVERS NAVN OG ADRESSE

ER SKADEN MELDT POLITIET? Ja Nei ER SKADEN MELDT ARBEIDSTILSYNET? Ja Nei HVIS JA, OPPGI HVOR OG ANM.NR. HVIS JA, OPPGI HVOR

Fortsetter neste side

BESKRIV HVORDAN UHELLET SKJEDDE OG HVA SOM VAR ÅRSAKEN TIL AT UHELLET INNTRAF

HVA BESTÅR SKADEN I?

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

STED, DATO:

FORSIKRINGSTAKERS UNDERSKRIFT: