



Skademelding Ulykke

Bekreftelse på deltakelse i forsikringsordningen (Fylles ut av organisasjonen)

Meldedato

Skaden vil bli meldt til Forsikringselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

FYLLES UT AV FORSIKREDE

Livsforsikringspakke Reiserforsikring familie Reiserforsikring én person Barneforsikring

Medlemmets navn		Medlemsnummer	Tlf. nr. dagtid
Skadelidt		Fødselsnummer (11 siffer)	E-post
Adresse		Mobil	Tlf. nr. dagtid
Postnr.	Sted		Kontonummer
Har du hatt skader de siste tre år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvor mange – og hva slags skader?	Hvilke(t) forsikringselskap erstattet skaden(e)?
Arbeidsgiver		Trygdekantor/kommune	Stilling/tittel
Kryss av ut fra familiesammensetningen på dagen skaden skjedde: <input type="checkbox"/> Enslig medlem <input type="checkbox"/> Medlem m/ektefelle/samboer (felles adr. jf. folkeregisteret) <input type="checkbox"/> Medlem m/ektefelle/samboer og hjemmевærende barn under 20 år <input type="checkbox"/> Medlem m/hjemmевærende barn under 20 år ___ Antall barn under 20 år. Barn er forsikret ut kalenderåret de fyller 20 år		Skadelidte er: <input type="checkbox"/> Medlem <input type="checkbox"/> Medlemmets ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Medlemmets hjemmевærende barn under 20 år	
Hvor skjedde ulykken		Når skjedde ulykken	Klokkeslett
Skjedde skaden under utførelse av arbeid for arbeidsgiver? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Skjedde ulykken under påvirkning av alkohol eller andre berusende midler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Vitner til ulykken (navn)		Vitner adresse, postnr./-sted	
Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Politikammer	
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnummer og forsikringselskap			
Hvordan skjedde ulykken?			
Beskriv skaden og plagene som har oppstått (mer utfyllende informasjon kan vedlegges):			
Har du oppsøkt lege/sykehus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi dato for førstegangs konsultasjon	
Legen/sykehuset		Postnummer/-sted	Adresse
Hvis den angitte lege ikke er din fastlege ber vi deg oppgi fastlegens navn:		Postnummer/-sted	Adresse
Har du andre ulykkesforsikringer i andre selskaper? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis Ja, i hvilket selskap?	
Opplysninger om arbeidsuførhet		Oversikt over sykefravær	
		Fra	Til
Er du for tiden: <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Ikke sykemeldt			
Ifølge forsikringsavtaleloven § 8-1 kan bevisst bruk av uriktige eller ufullstendige opplysninger medføre tap av enhver rett til erstatning			
Sted og dato		Forsikringstakers underskrift	