

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jf. forsikringsavtaleloven § 8-1.

Forsikringstaker

Etternavn, fornavn		Forsikringsnr.	
Gate/vei		Fødselsnr. (11 sifre)	
Postnr.	Poststed	Telefon privat	Telefon arbeid

Forsikringsforhold

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har De en eller flere av følgende ulykkesforsikringer - kryss av			
<input type="checkbox"/> Koll.ulykke forening	<input type="checkbox"/> Koll.ulykke organisasjon	<input type="checkbox"/> Koll.ulykke arbeidsgiver	<input type="checkbox"/> Gjeldsforsikring/ låntakerforsikring
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lisensforsikring	<input type="checkbox"/> Annen
Navn, adresse	Medlemsnr./Forsikringsnr.	Forsikringsselskap	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har De tidligere fått erstatninger for ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja - oppgi forsikringsselskap og for hvilken ulykkesskade		

Opplysninger om skadelidte

Etternavn, fornavn		Fødselsnr. (11 sifre)	
Gate/vei		Telefon privat	Telefon arbeid
Postnr.	Poststed	Bankkontonr. (11 sifre)	
Trygdekontor		Postgironr. (11 sifre)	
Yrke/stilling	Arbeidsgiver		

Opplysninger om skadetilfellet

Skadedato og klokkeslett	Skadested	Var De påvirket av berusende eller bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvilken dag søkte 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 anmeldelsesnr.	Er skaden meldt arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvor
Hvordan skjedde ulykken, og hva består skaden i?			

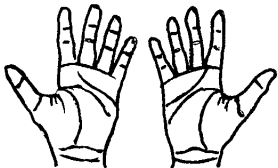
Jeg samtykker i at selskapet får de opplysninger det trenger om min helsetilstand og arbeidsuførhet fra leger og offentlige trygder.

Sted, dato	Skadelidtes underskrift
------------	-------------------------

Når denne skademelding er fylt ut og undertegnet, skal den leveres til behandlende lege med anmodning om å fylle ut erklæringen på baksiden. Legen sender blanketten til forsikringsselskapet og får sitt honorar for erklæringen sendt derfra.

Legeerklæring

Avdeling/saksbehandler	Skadenr.		
Pasientens navn og adresse	Født dato	Skadedato	
Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av Dem. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.			
Første gangs-erklæring		Mellom-beretning	Slutt-erklæring
		Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger	

Behandlet første gang	Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelser bes brukt)	Eventuelle fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen 
Behandlingen avsluttes dato		

Ved ulykkeskader Foreligger det en ulykkeskade - dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje?		Har sykdom, sykkelig tilstand e.l. fremkalt skaden eller medvikret til at den inntraff?		Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff?		Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff?	
Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei

Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke

Prognose	Vil skaden kunne medføre livsvarig invaliditet?		
	Ja	Nei	Mulig

Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør		Pasienten har vært delvis arbeidsufør	
fra dato	til dato	fra dato	til dato
		evt. antatt varighet	evt. antatt varighet

Merknader

Dato	Legens underskrift
------	--------------------

<p>Blanketten er godkjent av Den norske lægeförening.</p> <p>Honorar for legeerklæring blir tilsendt etter satser fastsatt av Den norske lægeförening.</p>	Mottaker av honoraret:
	Navn:
	Adresse:
	Postnr./poststed:
	Fødselsnr. / organisasjonsnr. <input type="text"/>
	Post-/bankgironr.: <input type="text"/>