

RETURADRESSE

SKADEMELDINGEN

Fylles ut av skadelidte

Vi ber deg vennligst fylle ut samtlige spørsmål så nøyaktig som mulig

Skaden vil bli innmeldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister. Se forsikringsbeviset pkt. 4.

SKADENUMMER (FYLLES UT AV SELSKAPET)

FORSIKRINGSNR. (VEDLEGG FORSIKRINGSBEVISET)

KONTONUMMER

Forsikringstaker

NAVN

VIRKSOMHET

FØDELSNUMMER

SKADELIDTES NAVN

TELEFON PRIVAT

ADRESSE

TELEFON ARBEIDSSTED

POSTNR./ -STED

E-MAILADRESSE

Opplysninger om sykdommen eller skaden

HVILKEN SYKDOM/ SKADE HAR DE VÆRT UTSATT FOR?

NÅR INNTRAFF SYKDOMMEN/ SKADEN?

NÅR BLE BILLETEN AVBESTILT?

HOS HVEM?

NÅR BLE BILLETEN BESTILT?

BLE BILLETEN BETALT MED KREDITTKORT?

HVIS JA; VENNLIGST OPPGI KORTNR.

Har De tidligere vært behandlet for samme lidelse?

Nei Ja

HVIS JA; NÅR?

AV HVILKEN LEGE? (NAVN)

HVILKEN LEGE BRUKER DE VANLIGVIS I NORGE? (NAVN)

HVIS ULYKKESSKADE: HVORDAN OPPSTO DEN? (HENDELSFORLØPET)

HVIS AVBESTILLING SKYLDES SYKDOM O.L. I NÆRMESTE FAMILIE. VENNLIGST OPPGI FAMILIEFORHOLDET

Jeg bekrefter at ovenstående opplysninger er riktige og samtykker i at lege gir nødvendige helseopplysninger på baksiden av dette søknadsskjema – legeattest.

STED

DATO

UNDERSKRIFT

