

ULYKKESSKADE REISEFORSIKRING

RETURADRESSE

NAVN VIRKSOMHET

SKADELIDTES NAVN

ADRESSE

POSTNR. / STED

FØDSELSNUMMER

Sivilstand

- Enslig Barn
 Enslig med forsørgerplikt Oppgi navn og alder
 Gift/ samboer

NAVN ALDER NAVN ALDER

NAVN ALDER NAVN ALDER

STILLING/ TITTEL

HVA BESTÅR DERES DAGLIGE ARBEIDE I?

HVA ER DERES HOVEDBESKJEFTIGELSE?

HVOR VAR DE ANSATT DA ULYKKEN SKJEDDE? (ARBEIDSGIVERS NAVN)

HVOR SKJEDDE ULYKKEN?

Når skjedde ulykken?	DATO	KLOKKESLETT	Hvis på reise, vennligst oppgi	Utreise			Hjemreise		
				DAG	MND	ÅR	DAG	MND	ÅR

Forklar nøye hvordan ulykken skjedde og hva Deres skade består i.

GI OPPLYSNINGER OM HENDELSEN

GI OPPLYSNINGER OM LEGEMSSKADER

VED TRAFIKKULYKKE. OPPGI PARTENES NAVN, BILNUMMER OG FORSIKRINGSELSESKAP

ØYENVITNE. OPPGI NAVN OG ADRESSE

Hvilken dag søkte De lege?

Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner?

Ja Nei

Er ulykken meldt til...

ARBEIDSTILSYNET? Ja Nei

POLITIET? Ja Nei

HVIS JA, HVILKEN POLITIMYNDIGHET?

Har De tidligere fått erstatning for ulykkesskaden?

Nei Ja

HVIS JA, I HVILKET SELSKAP?

FOR HVILKE ULYKKESSKADER?

Har De andre ulykkesforsikringer hos oss eller i andre selskaper?

Nei Ja

HVIS JA, I HVILKE OG I HVILKET SELSKAP?

Hvilke forsikringssummer har de dekket?

VED DØD	VED INVALIDITET	DAGPENGER
Kr	Kr	Kr

STED

DATO

DEN FORSIKREDES UNDERSKRIFT

Skaden vil bli innmeldt Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister.

SKADEMELDINGEN
Fylles ut av den forsikrede

Vi ber deg vennligst fylle ut samtlige av blankettens rubrikker som har tilknytning til skaden. Hvis ett eller flere spørsmål i denne forbindelse ikke kan besvares; vennligst forklar hvorfor.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at svik mot selskapet vil frata Dem enhver rett til erstatning.

Vennligst returner denne blanketten via den behandelende lege.

SKADENUMMER (FYLLES UT AV SELSKAPET)

POLISENUMMER

TELEFON PRIVAT

TELEFON ARBEIDSSTED

VED EVENTUELL ERTATNING – BETAL TIL

Post Bank

KONTONUMMER

TRYGDEET I

kommune

Fra behandelnde lege

PASIENTENS NAVN

FØDSELSNUMMER

Når overtok De
behandlingen?

DATO

KLOKKESLETT

Første
gangs
erklæring

Mellom-
beretning

Slutt-
erklæring

Ved mellomberetning og slutt-
erklæring gjentas ikke allerede
angitt opplysninger.

Behandlet
første gang?

DATO

LEGENS NAVN - VED FØRSTE GANGS KONSULTASJON

Behandlingen
avsluttet?

DATO

ADRESSE, POSTNR./ -STED

Foreligger det en
ulykkeskade - dvs. en
skade på legmet ved en
plutselig ytre begivenhet
uavhengig av den
skadedes vilje?

 Ja

 Nei

Har sykdom, sykkelige
tilstander e.l. fremkalt
skaden eller medvirket
til at den inntraff?

 Ja

 Nei

Er skadens tilstand
forverret ved sykdom eller
svakhet som forelå før
skaden inntraff?

 Ja

 Nei

Var skadede påvirket av
alkohol eller narkotiske
stoffer da skaden inntraff?
Hvis JA:

 Ja

 Nei

I HVILKEN GRAD?

ER DET INNTRUFFET KOMPLIKASJONER? EVENTUELT HVILKE?

PROGNOSE

Vil skaden kunne medføre
livsvarig medisinsk invaliditet?

Ja

Nei

Mulig

Når kan eventuelt varig medisinsk invaliditet fastsettes?

Hvis allerede stabil medisinsk invaliditet, angi grad i %
(se Sosialdepartementets invaliditetstabell)

%

MERKNADER

STED

DATO

LEGENS UNDERSKRIFT OG STEMPEL

ADRESSE

POSTNR./ -STED

Av hensyn til vår opplysningsplikt ovenfor Ligningsmyndighetene må følgende besvares: **HONORAR SENDES TIL:**

Sykehus

NAVN

KONTONUMMER

ORGANISASJONSNUMMER

Lege

NAVN

KONTONUMMER

FØDSELSNUMMER

ORGANISASJONSNUMMER

Selskapet betaler honorar etter avtale med Den norske legeförening.