

Skademeldingen gjelder:

 Ulykke

 Sykdom

 Reise

SKADESKJEMA

| | | | | |
|---|--|---|--|--------------|
| FORSIKRINGTAKER | For hvilke personer gjelder politen? | Forsikringsbevis nr. (vedlegg politen) | | |
| SKADELIDTE | Etternavn, fornavn | Gyldig f.o.m. _____ t.o.m. _____ | | |
| | Adresse | Fødselsnummer (11 siffer) | | |
| | Postnr./sted | Telefon privat | | |
| | Arbeidsgiver | Telefon arbeidssted | | |
| REISEN | Bestemmelsesstedet | Var De på tjenestereise? Ja Nei | Var De på ferie/fritidsreise? Ja Nei | |
| | Reisens varighet (legg ved billett) | | | |
| | Ble reisen betalt med kredittkort? Ja Nei | Hvis ja, oppgi hvilket (navn) | | |
| OPPLYSNINGER OM SKADEN/SYKDOMMEN <small>(ytterligere informasjon kan vedlegges)</small> | Når skjedde skaden/sykdommen? | Hvor skjedde skaden/sykdommen? | | |
| | Hvordan oppstod skaden/sykdommen? | | | |
| SPESIELLE OPPLYSNINGER VED SYKDOM/ULYKKE | Dato for legebehandling | | | |
| | Sykehusopphold fra _____ til _____ | Legeordinært sengeleie fra _____ til _____ | | |
| | Har De lidd av samme sykdom tidligere? | | År: _____ | Måned: _____ |
| | Privat lege/sykehus Navn: _____ | Adresse: _____ | Telefon: _____ | |
| FORSIKRINGSFORHOLD | Har De forsikringer i andre selskaper som omfatter det De nå søker erstatning for? Ja Nei Hvis ja, oppgi selskapets navn og Deres polisenummer: | | | |
| | Har De sendt skademelding til andre? Ja Nei | | Hvis ja, oppgi selskapets navn | |
| | Har De tidligere (siste 3 år) hatt reiseskader? Ja Nei | | Hvis ja, hvor mange? | |
| I hvilket selskap har De tidligere fått erstatning for reiseskader? | | | | |
| VED ERSTATNING - HVILKEN FORM FOR UT BETALING ØNSKER DE? | Bank/Postgiro | Kontonummer | | |
| ERKLÆRING | Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikrings-selskapet myndighet til å innhente nødvendige legeopplysninger vedrørende sykdomstilfelle og behandling | | | |
| | Skadelidtes underskrift _____ | Dato _____ | | |

