

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, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Forsikringstaker		
Forsikringsnr.	Fødselsnr.	Kontonr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forsikringstakers navn		Kontaktperson (hvis annen enn forsikringstaker)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresse		Telefon
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postnr	Poststed	E-postadresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opplysninger om forsikret/barnet		
Fornavn	Etternavn	Fødselsnr (11 siffer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Kontonr (hvis over 18 år)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postnr	Poststed	E-postadresse (hvis over 18 år)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAV kontor barnet tilhører		
<input type="text"/>		
Besvares ved ulykkeskade		
Når inntraff ulykken? Oppgi dato og klokkeslett	Hvor inntraff ulykken? Oppgi navn gate/sted, postnr/poststed	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulykken inntraff:	<input type="checkbox"/> i fritiden	<input type="checkbox"/> på skole/arbeid
	<input type="checkbox"/> på vei til/fra skole/arbeid	
Beskriv hvordan ulykken skjedde		
<input type="text"/>		
Når ble lege/tannlege kontaktet første gang i forbindelse med skaden? (dato)	Lege/tannlege/sykehusets/klinikkens navn og adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hvilken lege/tannlege behandler forsikrede/barnet? (navn og adresse)		
<input type="text"/>		
Har forsikrede/barnet vært innlagt på sykehus i forbindelse med skaden?	Hvis ja, oppgi navn og adresse på sykehus. Legg ved bekreftelse fra sykehuset på innleggelsen	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>	
Hvor lenge var forsikrede/barnet innlagt	Fra og med dato	Til og med dato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Er ulykken meldt politi?	Politidistrikt, navn og adresse	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>	

Har skadet kroppsdeler tidligere vært utsatt for skade eller sykdom?

Ja  Nei

Hvis ja, oppgi dato og årstall

Ble lege kontaktet?

Ja  Nei

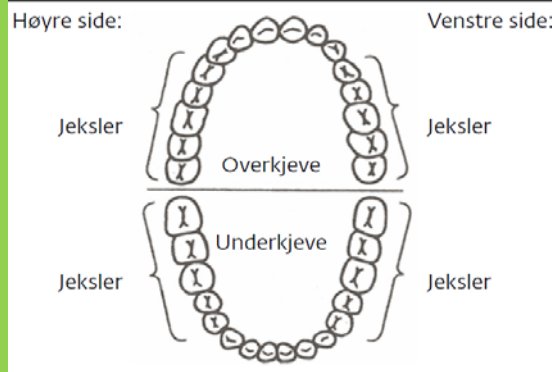
Legens eller sykehusets navn og adresse

### Besvares ved tannskade

Skaden omfatter

- Melketenner  
 Permanente tenner

Kryss av og marker på tanddiagrammet hvilke tenner som er skadet



### Besvares både ved sykdom og ulykke

Har det vært utbetalt eller søkt om stønad/ytelser fra NAV?

Ja  Nei

Hvis ja, hvilken stønad? (Legg ved kopi av vedtak)

Har forsikrede/barnet andre private syke-/ulykkesforsikringer?

Ja  Nei

Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap?

Er det i forbindelse med aktuell sykdom/ulykke fremsatt krav til andre forsikringsselskap?

Ja  Nei

Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap?

Har forsikrede/barnet tidligere fått erstatning for sykdom eller ulykke?

Ja  Nei

Hvis ja, fra hvilket forsikringsselskap?

### Besvares ved sykdom

Oppgi diagnose/beskrivelse av sykdommen

Når oppsøkte forsikrede/barnet lege første gang for den aktuelle sykdommen?

Når viste sykdommen de første symptomer?

Oppgi behandlende leges navn og adresse

Andre leger/behandlere/sykehus forsikrede har vært i kontakt med i forbindelse med sykdommen (navn og adresse)

Har forsikrede/barnet vært innlagt på sykehus i forbindelse med sykdommen?

Ja  Nei

Hvis ja, oppgi navn og adresse på sykehus (legg ved bekreftelse fra sykehuset på innleggelsen)

Hvor lenge var forsikrede/barnet innlagt?

Fra dato

Til dato

Er forsikrede/barnet innvilget hjelpestønad fra NAV? (Legg ved kopi av vedtak)

Ja  Nei

Har forsikrede/barnet hatt lignende sykdom tidligere?

Ja  Nei

Hvis ja, oppgi dato og årstall

Ble lege kontaktet?

Ja  Nei

**Besvares ved dødsfall**

Dato for dødsfallet?

Avdødes nærmeste pårørende (etternavn, fornavn)

Slektskapsforhold

Pårørendes adresse:

Kopi av dødsattest vedlegges

Ja

Nei

Hva var årsaken til dødsfallet? (ved sykdom fyll også ut under sykdom - ved ulykke fyll også ut under ulykke)

**Ytterligere opplysninger/erstatningskrav****Viktig informasjon**

Forsikringen er et supplement til offentlige stønader. Utgifter som skal erstattes av NAV omfattes derfor ikke av forsikringen.

Jeg erklærer at opplysningene ovenfor er gitt så nøyaktig som mulig. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikrede mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler.

Jeg er kjent med at en eventuell forsikringsutbetaling vil kunne avhenge av at jeg, eller den som fremsetter kravet, gir forsikringsselskapet de nødvendige fullmakter for innhenting av ytterligere opplysninger.

Sted og dato

Forsikringstaker/foresattes underskrift

Sted og dato

Skadelidtes underskrift (16 år eller eldre)