

Skademelding

Ulykke

Vi ber om at egenerklæringen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Forsikringstaker:		
Navn/organisasjon:	Kundenummer:	Forsikringsavtale nr:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Skadelidte:		
Navn:	Fødselsnummer (11siffer):	Erstatning ønskes overført til konto:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Navn på evt. foresatte/verge:	Foresattes/verges telefon:	Foresattes/verges e-post:
Foresattes/verges adresse:	Skadelidtes yrke/stilling:	Skadelidtes trygdekontor:
For hvilke personer gjelder forsikringsavtalen?	I hvilken egenskap omfattes du av denne forsikringsavtalen?	
Opplysninger om ulykken:		
Når inntraff ulykken? Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde ulykken?	
Skjedde ulykken ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi bilens reg.nr:	Bilens forsikringsselskap:
Skjedde ulykken i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse:	
Hvis ulykken skjedde i arbeidet: er den meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kontaktperson og adresse:	
Vennligst gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde og hva skaden består i:		
Når søkte du lege første gang	Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang	
Sykehus opphold <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi politikammer og anmeldelsesnummer	
Har du ulykkesforsikringer i andre forsikringsselskaper? <input type="checkbox"/> Ja, hvilket: <input type="checkbox"/> : Nei	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Hvis ja, oppgi kontaktperson:	<input type="checkbox"/> Nei

Fullmakt

Undertegnede samtykker i at KNIF Trygghet Forsikring AS, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra lege, tannlege, NAV kontor, likningskontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til erstatningskravet.

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------

Legeerklæring (må alltid fylles ut):

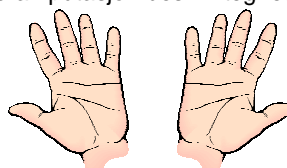
Forsikringstaker (DETTE FELTET MÅ FYLLES UT)	Forsikringstakers kundenummer:	Skadenummer:
Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Skadedato (må fylles ut)
Adresse	Telefon privat:	Telefon arbeid:

Opplysninger om skaden:

Behandlet første gang, dato/år	Behandlingen avsluttes dato/år
Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn og adresse)	Når overtok De behandlingen?

Erklæringen gjelder (ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger):
 Første gangs erklæring Mellomberetning Slutterklæring

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.

Hva består skaden/sykdommen i (populær betegnelse bes brukt)	Evt fingeramputasjon bes inntegnet på skissen.
	

Er det inntruffet komplikasjoner – evt hvilke?	Prognose:
--	-----------

Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>%	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>%
---	---

Foreligger det ulykkeskade – dvs en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand el.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	--	--	---

Lider skadelidte av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelighet? Hvilken?

Skadede var sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:	Skadede var delvis sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:
---	--

Merknader:

Sted og dato:	Legens underskrift:
---------------	---------------------

Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysningene nedenfor.

Honoraret bes sendt til:	Navn:	Kontonr:
	Adresse, Postnr., poststed	
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselnr (11 siffer):
	Skattekommune	Trekk %
GJELDER IKKE SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE		