

SKADEMELDING

For ulykkesforsikring

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Organisasjonsnr.	Forsikringsbevisnr.
Adresse	Tlf.nr.	

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn	Personnr. (11 siffer)
Privat adresse	Privat tlf.nr.
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for evt. Erstatning)
Epost:	Tlf.nr.

OPPLYSNINGER OM SKADEN

Skadedato	Skadested
Utførlig beskrivelse av hendelsesforløpet/tap/utlegg	

SPESIELLE OPPLYSNINGER VED ULYKKE

Dato for legebehandling	Sykehusopphold Fra dato	Til dato
Behandelende lege/sykehus	Adresse	
Telefon	Hvilket trygdekontor tilhører skadelidte	

FORSIKRINGSFORHOLD

Finnes annen gyldig forsikring	Ja	Nei	
Forsikringsselskap	Avtalenummer	Skadenummer	Er tapet meldt
			Ja Nei
			Ja Nei

FULLMAKT VED PERSONSKADE

Forsikringsselskapet gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, trygdekontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til mitt erstatningskrav.	
Skadelidtes navn	Personnr.

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

Skjema sendes til	Norwegian Underwriting Agency AS Rådhusgaten 23 0158 OSLO Digipost: norwegian.underwriting.agency#VS05
-------------------	---