

Skademelding

BARNE- OG UNGDOMSFORSIKRING

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

Forsikringsnummer

Fødselsnummer (11 siffer)

Kontonummer

Forsikringstagers navn

Kontaktperson (hvis annen enn forsikringstager)

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

OPPLYSNINGER OM FORSIKRET/BARNET

Fornavn

Etternavn

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Kontonummer (hvis over 18 år)

Postnummer

Sted

E-postadresse (hvis over 18 år)

NAV-kontoret barnet tilhører

Når inntraff ulykken?

Hvor inntraff ulykken? (Stedsnavn/adresse/postnummer/poststed)

Ulykken inntraff:

På fritiden

På skole/fritid

På veg til/fra skole/arbeid

Beskriv hvordan ulykken skjedde

Når ble tannlege/lege kontakttet første gang?

Legen/tannlegen/klinikken/sykehusets navn og adresse

Hvilken tannlege/lege behandler forsikrede/barnet? (navn og adresse)

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

Ja

Nei

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

Hvor lenge var forsikrede/barnet innlagt?

Fra dato:

Til dato:

Er ulykken medlt politiet?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi navn og adresse på politidistrikt

Har skadet kreoppsdel(er) tidligere vært utsatt for skade eller sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi dato og årstall

Ble lege kontakttet?

Ja

Nei

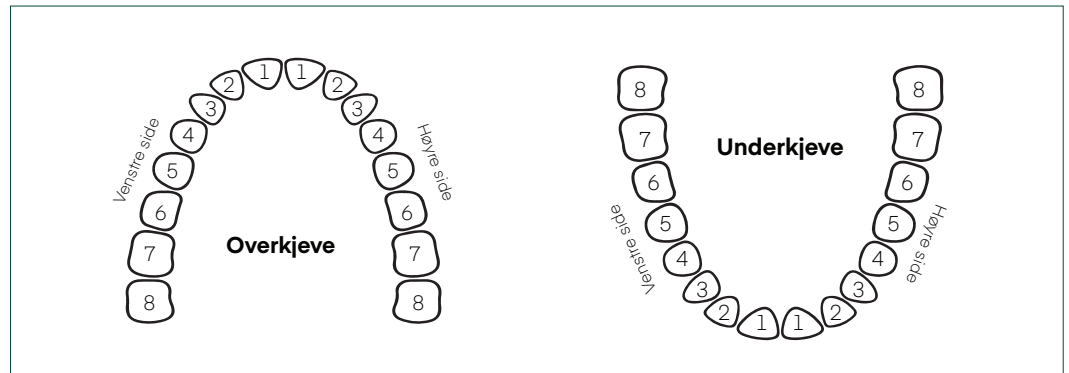
Legen eller sykehusets navn og adresse:

TANNSKADE

Skaden omfatter:

- Melketenner
- Permanente tenner

Kryss av i diagrammet hvilke tenner som er skadet



FORSIKRINGER OG YTELSER

Besvares ved både 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/ulykkesfremsett 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, i hvilket forsikringsselskap?

SYKDOM

Oppgi diagnose/beskrivelse av sykdommen

Når viste sykdommen de første symptomer?

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

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 hjelpstønad 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

DØDSFALL

Dato for dødsfallet

Nærmeste pårørende (fullt navn)

Slektskapsforhold

Adresse til nærmeste pårørende

Kopi av dødsattest vedlegges

Ja Nei

Dødsårsak

YTTERLIGERE OPPLYSNINGER/ERSTATNINGSKRAV

VIKTIG INFORMASJON

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

SIGNERING

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)

Utfylt skjema sendes til:

Post
Landkreditt Forsikring AS
Postboks 1824 Vika
0123 OSLO