

# Skademelding

## KRITISK SYKDOM

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) / Org. nummer

Forsikringstagers navn

Kontonummer

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

### OPPLYSNINGER OM SYKDOMMEN

Diagnose

Hvilken dato ble lege/sykehus kontaktet første gang for sykdommen (dag/måned/år)

Har du tidligere hatt eller mottatt behandling for tilsvarende sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, gi fulle detaljer

**LEGER OG SPESIALISTER**

Opplysninger om leger/spesialister og sykehus som du har konsultert i forbindelse med sykdommen

Navn på lege/sykehus/institusjon	Avdeling	Dato konsultasjon	Dato Innleggelse	Dato Utskriving
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Opplysninger om min vanlige lege**

Navn på lege/legekontorets navn	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Har noen av dine foreldre eller søsken hatt samme eller beslektet diagnose?  Ja  Nei

Hvis ja, oppgi slektskap, sykdom og når sykdommen først ble diagnostisert

Røyker du sigaretter, sigarer eller pipe daglig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mye (antall)	Hvis du har sluttet, når sluttet du? (måned/år)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SIGNATUR**

Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.

Sted og dato	Underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Utfylt skjema sendes til:****Post**  
Landkreditt Forsikring AS  
Postboks 1824 Vika  
0123 OSLO