

Krav om erstatning ved Kritisk sykdom

Send utfylt skadeskjema til:

Landkreditt Forsikring AS

Postboks 1824 Vika

0123 OSLO

E-post: personskade@landkreditt.no

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.

Forsikrede

Forsikringsnr.

Fødselsnr.

Forsikredes navn

Telefon

Adresse

E-post

Postnr

Poststed

Opplysninger om sykdommen

Oppgi 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

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

Navn på lege/sykehus/institusjon

Avdeling

Dato for konsultasjon

Dato for evt innleggelse

Dato for evt utskriving

Opplysninger om min vanlige lege

Legens/legekontoets navn

Adresse

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?

Ja

Nei

Hvis ja, hvor mye (antall)

Hvis du har sluttet, når sluttet du? (måned/år)

Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.

Sted og dato

Underskrift