

# Skademelding ved sykdom/skade

## 1. Forsikringstaker/forsikrede

Forsikringsnummer:		Fødsels – og personnummer:	
Navn:			Mobiltelefon:
Adresse:			Tlf. privat:
Postnr.:	Sted:		Tlf. arbeid:
E-post:			Kontonummer:
Ved å registrere e-postadresse aksepterer du at vi kan benytte e-post i videre dialog om denne skaden			

## 2. Under hvilken dekning søker du erstatning

Sykdom <input type="checkbox"/>	Hjemtransport <input type="checkbox"/>	Hjemkallelse <input type="checkbox"/>	Ledsagelse <input type="checkbox"/>	Tilkall <input type="checkbox"/>	Reiseavbrudd <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

## 3. Reisen (legg ved dokumentasjon)

Avreise:	Planlagt hjemkomst:		Faktisk hjemkomst:	
Formål:	Ferie <input type="checkbox"/>	Tjenestereise <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>
Reisebyrå/arrangør:	Land/oppholdssted:		Hotell:	

## 4. Forsikringsforhold

Gjelder sykdommen/skaden andre enn forsikringstaker, oppgi navn, adresse, samt fødsels- og personnummer		
Navn:		Fødsels – og personnr.:
Gate/Vei:	Postnr:	Poststed:

## 5. Skadetidspunkt / -sted / -omfang

Hvilken sykdom/skade har du/den syke vært utsatt for?			
Når inntraff sykdommen/skaden?	Dato:	Klokkeslett:	Hvor:

Beskriv sykdomsforløpet/hvordan skaden inntraff?

Har du/den syke tidligere hatt samme symptomer/sykdom?

Ja  Nei

Hvis ja, hvilken dato:

## 6. Skadeomfang – spesifiser utgifter (legg ved originale kvitteringer)

Diagnose	Type utgift: (Lege/medisin/merutgifter o.l.)	Beløp (Lokal valuta)	Er regningen betalt?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

## 7. Fyll ut dette punktet dersom du har vært innlagt på sykehus eller blitt beordret av lokal lege til minst 4 dagers sengeleie

Sykehusopphold (dato fra/til):	Dato fra:	Dato til:	(Dokumentasjon vedlegges)
Sengeleie foreskrevet av lege (dato fra/til):	Dato fra:	Dato til:	(Dokumentasjon vedlegges)
Navn/adresse/tlf. på lege:			
Er du/den syke/skadede friskmeldt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Når	Hva var reisens totale pris, betalt før skaden inntraff?	(legg ved original kvitteringer)

