

FOR Å KUNNE GI EN RASK OG EFFEKTIV SKADEBEHANDLING BER VI DEG LEGGE VED FØLGENDE DOKUMENTASJON:

- Polisenummer/Kredittkortnummer
- Ved forsikring tilknyttet kredittkort må kontoutskrift vedlegges
- Nærmere beskrivelse av sykdom-/skadetilfellet
- Originale kvitteringer/dokumentasjon for utgifter som kreves dekket
- For kompensasjon for avbrutt ferie kreves skriftelig dokumentasjon fra lege på stedet, jfr vilkår
- Kopi av reisebillett ved skade inntruffet under reise

Ved spørsmål vedrørende ovenstående kan skadeavdelingen kontaktes på mail: skadekontoret@chartisinsurance.com eller telefonnummer 22 00 20 80.

Skademelding og dokumentasjon sendes elektronisk:

skadekontoret@chartisinsurance.com

eller

Chartis
v/Skadeavdelingen
Postboks 1588, Vika
0118 Oslo

Skadenummer
(fylles ut av Chartis)

SKADESKJEMA - SYKDOM/ULYKKE

BRUK BLOKKBOKSTAVER **ELLER FYLLE UT ELEKTRONISK**

FELTER MERKET MED * MÅ FYLLES UT FOR AT VI SKAL KUNNE BEHANDLE SKADEN

MELDINGEN GJELDER

Reiseavbrudd Hjemtransport Sykdom Ulykke

FORSIKRINGTAKER/KORTHOLDER

Forsikringtaker / Kortholder *

Polisenummer / Kredittkortnummer *

SKADELIDTE

Etternavn, fornavn *

Fødselsnummer (11 siffer) *

Familiereelasjon til forsikringstager

Adresse *

Telefon privat / mobil nr *

Postnr./sted *

Telefon arbeidssted

E-postadresse *

Eventuell erstatning ønskes utbetalt til kontonummer *

REISEN

Bestemmelsessted

Utreisedato

Hjemreisedato

Navn på arbeidsgiver (ved forsikring gjennom arbeidsgiver)

Var De på tjenestereise? Ja Nei

Var De på ferie/fritidsreise Ja Nei

Ble reisen betalt med kredittkort? Ja Nei

Hvis ja, oppgi kredittkortnummer / bankens navn

OPPLYSNINGER OM SKADEN/SYKDOMMEN

Når skjedde sykdommen/ulykken?	Hvor skjedde sykdommen/ulykken?
Hvordan oppstod sykdommen/ulykken?	

SPESIELLE OPPLYSNINGER VED SYKDOM/ULYKKE

Dato for legebehandling			
Sykhusopphold		Legeordinært sengeleie (vedlegg bekreftelse)	
fra	til	fra	til

KRAVET

Hva krever De erstattet av selskapet? *

FORSIKRINGSFORHOLD

Har De forsikringer i andre selskaper som omfatter det De nå søker erstatning for? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn og Deres polisenummer
Har De sendt skademelding til andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn
Har De tidligere (siste 3 år) hatt sykdom / ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mange?
I hvilket selskap har De tidligere fått erstatning for sykdom / ulykkesskader?	

ERKLÆRING

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikringsselskapet myndighet til å innhente nødvendige legeopplysninger vedrørende skadetilfellet og behandlingen, herunder å kontakte min lege. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning.

Ved behov for ytterligere fullmakt (eventuelt signatur), vil De bli kontaktet av selskapet.

Skadelidtes underskrift / navn	Sted og dato
--------------------------------	--------------