

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

- Polisenummer
- Nærmere beskrivelse av hvordan ulykkesskaden oppsto
- Originale kvitteringer/dokumentasjon for utgifter som kreves dekket
- Legejournal/Epikrise/Tannlegeerklæring

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 - ULYKKESSKADE

BRUK BLOKKBOKSTAVER **ELLER Fyll ut elektronisk**

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

FORSIKRINGTAKER

For hvilke personer gjelder polisen *	Polisenummer *
---------------------------------------	----------------

SKADELIDTE/SIKREDE

Etternavn, fornavn *	Fødselsnummer (11 siffer) *
Adresse *	Telefon privat /mobil nr *
Postnr./sted *	Telefon arbeidssted
E-postadresse *	
Eventuell erstatning ønskes utbetalt til kontonummer *	
Navn på arbeidsgiver ved forsikring gjennom arbeidsgiver	

OPPLYSNINGER OM ULYKKESSKADEN

Når skjedde ulykkesskaden?	Hvor skjedde ulykkesskaden?
Beskrivelse av skadetilfellet	

SPESIELLE OPPLYSNINGER VED ULYKKEN

Navn på lege ved førstegangsbehandling av skaden		Sted:	Dato:
Sykehusopphold		Fra:	Til:
Legeordinært sengeleie		Fra:	Til:
Har De vært utsatt for lignende ulykkesskade tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, år og måned:	
Navn på trygdekontor		Adresse:	Telefon:
Primærlege/sykehus	Navn:	Adresse:	Telefon:

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 ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mange?
I hvilket selskap har De tidligere fått erstatning for ulykkesskader?	

ERKLÆRING

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikringselskapet myndighet til å innhente nødvendige legeopplysninger vedrørende ulykkesskaden og behandling. 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
--------------------------------	--------------