

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/arbeidsgiver			
Forsikringsnr	Fødselsnr/org. nr.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Forsikringstakers navn	Kontaktperson		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postnr	Poststed	E-postadresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Opplysninger om skadelidt - hvis forskjellig fra opplysningene over			
Navn	Fødselsnr. (11 siffer)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse	Kontonr.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postnr	Poststed	E-postadresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anlegg forsikrede tilhører	NAV kontor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Hvis forsikring gjennom arbeidsgiver			
Stilling/yrke	Ansatt dato	Fast ansatt	Stillingsbrøk
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>
Er ulykken forårsaket av yrkesskade/-sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, legg ved RTV skjema			
Forsikringsforhold			
Har du tidligere (siste 3 år) hatt ulykkeskader?	Hvis ja, hvor mange?	Hvem erstattet skaden?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Har du andre forsikringer som omfatter det du søker erstatning for?	Hvis ja, hvilket selskap	Er skaden meldt dit?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Opplysninger om ulykken			
Når og hvor inntraff skaden?	Når oppsøkte du lege?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Var du påvirket av alkohol eller andre berusende midler?	Hvis ja, hvilke rusmidler?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>		
Hvilken lege undersøkte deg? Oppgi navn og adresse			
<input type="text"/>			
Skjedde skaden ved bilulykke?	Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>		
Er skaden meldt politi?	Hvis ja, oppgi hvor og anmeldelsesnr		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="text"/>		

Beskriv skaden og hvordan den oppstod. Benytt gjerne eget ark.

Arbeidsgivers/forsikringstakers underskrift og stempel - hvis kollektiv forsikring

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

Skadelidtes underskrift

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Sted og dato

Skadelidtes underskrift