

Forsikringsnr

**SKADEMELDING ULYKKE**

Vi ber deg vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen. Skaden vil bli meldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

**1. Forsikringstaker**

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr (Utfylles ikke ved elektronisk innsendelse)		
Adresse		Postnr/sted		Kontonummer for evt. erstatning
Telefon arbeid	Mobil / hjemmetelefon	E-post (oppgi korrekt e-postadresse)		Jeg samtykker i at all korrespondanse i saken kan foregå på e-post. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgavepliktig etter Lov om mva <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har du tidligere vært utsatt for skader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ant skader	Forsikringsselskap	Yrke

**2. Forsikringsforhold**

Har du andre forsikringer som omfatter ulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn	Hvis ja, er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du tidligere fått erstatning for ulykkeskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi forsikringsselskap og for hvilken ulykkeskade	

**3. Opplysninger om skadelidte (hvis annen enn forsikringstaker)**

Etternavn		Fornavn		Fødselsnr	
Adresse		Postnr/sted		E-post	
Telefon privat	Telefon arbeid	Mobil	Yrke/Stilling	Bank-/post-/kontonummer	

**4. Opplysninger om skaden**

Hvor inntraff skaden?	Når inntraff skaden? (dato og klokkeslett)	Var du påvirket av berusende eller bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvilken dag oppsøkte du lege?	Hvilke leger har behandlet deg? (legens navn, sykehus / kontoradresse)		
Skjedde skaden ved biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier:		
Skjedde skaden i yrke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse:		
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvor og anm.nr:	Var det vitner til hendelsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvem:
Har skadet kroppsdelt tidligere vært utsatt for skader, slitasje eller sykdom? Hvis ja, redegjør for dette <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Beskriv hvordan uhellet skjedde og hva som var årsaken til at uhellet inntraff:			
Hva består skaden i?			

Selskapet forbeholder seg retten til å gi våre tilknyttede rådgivere innsyn i innhentede og mottatte opplysninger. Undertegnede samtykker til at Eika Forsikring AS kan innhente nødvendige opplysninger fra leger, trygdekontor, offentlige myndigheter og andre forsikringsselskap.

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

**Retur til Eika Forsikring AS, Postboks 332, 2303 Hamar**