

For å sikre deg korrekt og raskest mulig skadeoppgjør må alle felt i skademeldingen fylles ut nøyaktig. Ta gjerne kontakt med oss på telefon 04818 (fra utlandet +47 915 04 818) hvis du har spørsmål til skademeldingen. Skaden vil bli meldt til Forsikringssselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

Forsikringstaker

Avtalenummer/Skadenummer		Personnummer (11 siffer)/organisasjonsnummer		Kontonummer
Navn		Tlf nr. privat		Tlf nr. dagtid
Adresse		Mobil		E-post
Postnr		Sted		Oppgave pliktig etter lov om mva.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du hatt skader de siste tre år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvor mange - og hva slags skader?		Hvilke(t) forsikringsselskap erstattet skaden(e)?
Er du forsikret gjennom forbund/forening? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilket?		Reiseforsikringen gyldig fra og med?
Er reisen betalt med		<input type="checkbox"/> American Express Card <input type="checkbox"/> American Express Gold Card		
		Kortnummer:		

Opplysninger om skadelidte/sikrede

Etternavn		Fornavn		Personnummer (11 siffer)
Adresse		Postnummer/-sted		
Etternavn		Fornavn		Personnummer (11 siffer)
Adresse		Postnummer/-sted		
Etternavn		Fornavn		Personnummer (11 siffer)
Adresse		Postnummer/-sted		

Opplysninger om reisen/evt. andre forsikringsordninger

Bestemmelsessted		Dato for avreise		Når ble reisen bestilt?
Reiseformål <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Tjenestereise		Når ble avbestilling av reisen foretatt hos transportør/reisebyrå (dato/år)		
Har du mottatt delvis refusjon for reisen av andre selskaper/transportør/reisebyrå? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				Hvis ja, oppgi beløp kr.
Størrelsen på innbetalt beløp kr.		Hvem har du betalt beløpet til?		Beløpet er betalt (dato)
Har du andre forsikringer som dekker samme type skade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi forsikringsselskap		Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Opplysninger om skaden

Reisen måtte avbestilles på grunn av <input type="checkbox"/> Akutt sykdom <input type="checkbox"/> Ulykkeskade <input type="checkbox"/> Uventet akutt forverring av kronisk lidelse <input type="checkbox"/> Dødsfall <input type="checkbox"/> Annet	
Skade rammet <input type="checkbox"/> Sikrede <input type="checkbox"/> Sikredes eneste reiseledsager <input type="checkbox"/> Sikredes familie <input type="checkbox"/> Annet ...	Kravets størrelse Kr
Ved sykdom/ulykke/dødsfall i nærmeste familie, vennligst oppgi sikredes slektskap til vedkommende	
Når inntraff skaden? (dato/år)	Vennligst oppgi hva slags lidelse/sykdom det gjelder/som oppstod

I følge forsikringsavtaleloven § 8-1 kan bevisst bruk av uriktige eller ufullstendige opplysninger medføre tap av enhver rett til erstatning

Signatur

Sted og dato	Forsikringstakers underskrift
--------------	-------------------------------

Skademeldingen sendes til:

DnBNOR Skadeforsikring, v/skadeservice, 0021 Oslo