

Skademelding

Ulykke

Vi ber om at egenerklæringen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig, og sendes Byggmesterforsikring AS. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Forsikringstaker:		
Navn/organisasjon:	Kundenummer:	Forsikringsavtale nr:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Skadelidte:		
Navn:	Fødselsnummer (11siffer):	Erstatning ønskes overført til konto:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Navn på evt. foresatte/verge:	Foresattes/verges telefon:	Foresattes/verges e-post:
Foresattes/verges adresse:	Skadelidtes yrke/stilling:	Skadelidtes trygdekontor:
For hvilke personer gjelder forsikringsavtalen?	I hvilken egenskap omfattes du av denne forsikringsavtalen?	
Opplysninger om ulykken:		
Når inntraff ulykken? Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde ulykken?	
Skjedde ulykken ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi bilens reg.nr:	Bilens forsikringsselskap:
Skjedde ulykken i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse:	
Hvis ulykken skjedde i arbeidet: er den meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kontaktperson og adresse:	
Vennligst gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde og hva skaden består i:		
Når søkte du lege første gang	Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang	
Sykehus opphold <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi politikammer og anmeldelsesnummer	
Har du ulykkesforsikringer i andre forsikringsselskaper? <input type="checkbox"/> Ja, hvilket: <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Hvis ja, oppgi kontaktperson: <input type="checkbox"/> Nei	

Fullmakt

Undertegnede samtykker i at KNIF Trygghet Forsikring AS og deres eksterne skadeoppgjørsselskap, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra lege, tannlege, NAV kontor, likningskontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til erstatningskravet.

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

Legeerklæring (må alltid fylles ut):

Forsikringstaker (DETTE FELTET MÅ FYLLES UT)	Forsikringstakers kundennummer:	Skadenummer:
Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Skadedato (må fylles ut)
Adresse	Telefon privat:	Telefon arbeid:

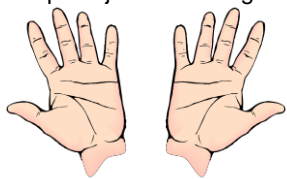
Opplysninger om skaden:

Behandlet første gang, dato/år	Behandlingen avsluttes dato/år
Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn og adresse)	Når overtok De behandlingen?

Erklæringen gjelder (ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger):

 Første gangs erklæring
 Mellomberetning
 Slutterklæring

Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av Dem. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.

Hva består skaden/sykdommen i (populær betegnelse bes brukt)	Evt fingeramputasjon bes inntegnet på  skissen.
--	--

Er det intruffet komplikasjoner – evt hvilke?	Prognose:
---	-----------

Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>%	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>%
---	---

Foreligger det ulykkeskade – dvs en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand el.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	--	--	--

Lider skadelidte av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpeligheit? Hvilken?

Skadede var sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:	Skadede var delvis sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:
---	--

Merknader:

Sted og dato:	Legens underskrift:
---------------	---------------------

Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysningene nedenfor.

Honoraret bes sendt til:	Navn:	Kontonr:
	Adresse, Postnr., poststed	
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselnr (11 siffer):
	Skattekommune	Trekk %

GJELDER IKKE SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE

Kontaktinformasjon:

Byggmesterforsikring AS, Nordbyveien 70, 1406 Ski
Telefon 64 86 46 00 E-mail: skade@bmf.no Hjemmeside: www.bmf.no