

Forsikringsnr

**SKADEMELDING
ULYKKE****eika.**

Vi ber deg vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. 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. **Hvis du skal sende personnummer og/eller andre sensitive opplysninger på e-post, må denne sendes kryptert.**

1. Forsikringstaker

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr	
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. Skadelidte Fylles ut hvis det gjelder noen andre enn forsikringstaker

Navn (Etternavn, Fornavn / Firmanavn)		Fødselsnr/org.nr		Telefonnummer
Adresse		Postnr/sted	E-post (oppgi korrekt e-postadresse)	Kontonummer for evt. erstatning

3. Forsikringsforhold

Skjedde ulykken på en reise betalt med kredittkort? Hvis ja, oppgi kortnummer og kredittkortselskap	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kredittkortnummer	Kredittkortselskap	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du eller andre i husstanden forsikringer andre steder som dekker tapet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvem har annen forsikring (navn og fødselsnr.)		
Oppgi navn på forsikringsselskap, type forsikring og avtalenummer				Er selskapet varslet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

4. Opplysninger om ulykken

Når inntraff ulykken? (Dato og klokkeslett)	Hvor inntraff ulykken?	Var du påvirket av berusende eller bedøvende middel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvilken dag oppsøkte du lege?	Hvilken lege 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:	
Beskriv hvordan uhellet skjedde og hva var årsaken til at uhellet inntraff		
Hva består skaden i?		

5. Liste over utgifter, og eventuelle tapte / skadde gjenstander

Fyll inn listen over utgifter du har hatt i forbindelse med ulykken; legen, medisiner, behandling osv.

Skadde ting som det kreves erstattes for, må oppbevares for eventuell besiktelse.

Hvis kvittering, avbetalingskontrakt eller garantisiddel finnes, vennligst legg ved denne.

Post nr	Hva gjelder utgiften	Kjøpt / fått hvor	Alder	Kjøpt ny		Gjenskaffelsespris/ (skadedagens pris)	Kvittering	
				Ja	Nei		Ja	Nei
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For at vi skal kunne behandle din sak raskt og effektivt er det viktig at følgende dokumentasjon legges ved skademeldingen:

- Kvittering på merkostnader, som medisiner, sykehusopphold, taxi, hotell, fly, o.l.
- Legeattest / uttalelse fra lege
- Kvittering på gjenstander som har blitt skadet, som oppklpte klær o.l.
- Dersom ulykken har skjedd på reise og reisen er betalt med kredittkort, som inkluderer reiseforsikring, **må** vi ha kontoutskrift fra kredittkortet
- Bekreftelse på anmeldt forhold

Send skademelding og dokumentasjon til:

Eika Forsikring AS
Postboks 332
2303 Hamar

Har du spørsmål?

Kontakt oss på telefon + 47 915 03850

5. Andre opplysninger

Fullmakt til Eika Forsikring

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
--------------	-------------