



FORSIKRINGSTAKER

Fornavn	Etternavn	Fødselsnummer
Adresse	Postnummer/-sted	Avtalenummer
Telefon	E-post	Kontonummer

FORSIKREDE

Barnets fornavn	Barnets etternavn	Barnets fødselsnummer
Gate/Vei	Postnummer/-sted	

BESVARES VED SYKDOM

Oppgi diagnose/beskrivelse av sykdom

Når oppsøkte forsikrede/barnet lege første gang for den aktuelle sykdommen? Dato

Når viste sykdommen de første symptomer? Dato

Oppgi behandlende leges navn og adresse:

Navn og adresse for andre leger/behandlere/sykehus forsikrede/barnet har vært i kontakt med i forbindelse med sykdommen

Har forsikrede/barnet vært innlagt på sykehus i forbindelse med sykdommen? Ja Nei

Hvis ja, oppgi navn og adresse på sykehus. Legg ved bekreftelse fra sykehus på innleggelsen

Hvor lenge var barnet innlagt? Fra og med dato

Til og med dato

Er forsikrede/barnet innvilget hjelpetønad fra folketrygden? Ja Nei

(Legg ved kopi av vedtak fra NAV)

Har forsikrede/barnet tidligere lidt av, eller mottatt behandling for tilsvarende sykdom? Ja Nei

Hvis ja, oppgi detaljer

BESVARES VED ULYKKESSKADE

Når inntraff ulykken? Dato

Klokkeslett

Hvor inntraff ulykken? I fritiden På skole/arbeid På vei til/fra arbeid På vei til/fra skole

Er ulykken meldt til politiet? Ja Nei

Hvis ja, oppgi Politidistrikt, navn og adresse

Gatenavn, sted, postnummer og poststed på ulykkesstedet

Evt. vitner (Etternavn, fornavn og telefonnr)

Hvilken lege/tannlege behandler nå forsikrede/barnet? Navn og adresse:

Vennligst gi en beskrivelse av hvordan skaden skjedde, bruk eget ark ved behov


VED SKADET KROPPSDEL(ER)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hode, hals | <input type="checkbox"/> Rygg |
| <input type="checkbox"/> Øye | <input type="checkbox"/> Hofte, bein, kne |
| <input type="checkbox"/> Tenner | <input type="checkbox"/> Ankel, fot |
| <input type="checkbox"/> Skulder, arm | <input type="checkbox"/> Omfattende legemskade |
| <input type="checkbox"/> Hånd, håndledd | <input type="checkbox"/> Nervesystem |
| <input type="checkbox"/> Fingre | <input type="checkbox"/> Puls og åndedrettstans |
| <input type="checkbox"/> Bryst, mage | <input type="checkbox"/> Annen skade, beskriv: |
| <input type="checkbox"/> Indre organer | <input type="text"/> |

SKADENS ART

Sett kryss for viktigste skade

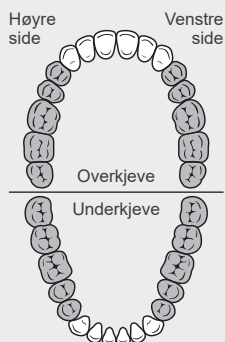
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt | <input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår | <input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler |
| <input type="checkbox"/> Sjokk | <input type="checkbox"/> Tapte legemsdel | <input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng) |
| <input type="checkbox"/> Etsing | <input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning | <input type="checkbox"/> Puls og åndedrettstans |
| <input type="checkbox"/> Brudd | <input type="checkbox"/> Kuldeskade | <input type="checkbox"/> Andre uspesifiserte skader: |
| <input type="checkbox"/> Varmeskade | <input type="checkbox"/> Akutt forgiftning | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Stråleskade | <input type="checkbox"/> Hjernerystelse | |

VED TANNSKADE

Skaden omfatter

- Melketenner
 Permanente tenner

Kryss av og marker på tanndiagrammet hvilke tenner som er skadet.

 = Jekselmarkering


Når ble lege/tannlege kontaktet første gang i forbindelse med skaden? Dato:

Lege/tannlege/sykehusets/klinkikkens navn og adresse:

VED SYKDOM OG ULYKKE

Har det vært utbetalt eller søkt om stønad/ytelser fra NAV?

 Ja Nei Hvis ja, hvilken stønad:

Har forsikrede/barnet andre private syke-/ulykkesforsikringer?

 Ja Nei Hvis ja, hvilket selskap:

Er det i forbindelse med aktuelle sykdom/ulykke fremsatt krav til andre forsikringselskap?

 Ja Nei Hvis ja, hvilket selskap:

Har forsikrede/barnet tidligere fått erstatning for sykdom eller ulykke?

 Ja Nei Hvis ja, hvilket selskap:

Har skadet kroppsdeler tidligere vært utsatt for skade eller sykdom, eller har forsikrede/barnet for øvrig hatt symptomer (f.eks. ømhet, verk, stivhet) fra denne?

 Ja Nei Hvis ja, gi utfyllende opplysninger

Hvis ja ovenfor, ble lege kontaktet?

 Ja Nei Legens eller sykehusets navn og adresse:

VED DØDSFALL

Dato for dødsfallet

Nærmeste pårørende til avdøde

Kopi av dødsattest vedlegges?

 Ja Nei

Slektskapets forhold

 Ved sykdom: Fyll ut spørsmål under punkt 2
 Ved ulykke: Fyll ut spørsmål under punkt 3

Pårørendes adresse



Viktig informasjon:

Forsikringen er et supplement til offentlige stønader og/eller erstatning fra annet hold. Utgifter som kan erstattes av NAV, Helfo o.l vil derfor ikke være dekket av forsikringen. Send inn NAV-vedtak som viser hvilke ytelser som er mottatt derfra. Ytelser fra annet hold skal dokumenteres på tilsvarende måte. For barn og ungdom under 18 år dekkes tannbehandling av NAV. Tannlegeregninger skal derfor ikke sendes. Angi kun på tegningen hvilke tenner som er skadet. Dette for tilfelle av Vardia Insurance Group ASA blir erstatningspliktig for senere behandling. Vi gjør oppmerksom på at ungdom mellom 18 og 20 år får dekket 75 prosent fra NAV.

VEDLEGG

Ved behandlingsutgifter trenger vi originalkvitteringer for de utlegg dere har hatt.
Ved dagpenger trenger vi bekreftelse fra sykehus for barnets innleggelsesperioder.
Ved hjelpetønad trenger vi kopi av vedtak fra NAV.
Ved arbeidsuførhet trenger vi kopi av vedtak fra NAV
Ved medisinsk invaliditet trenger vi legeerklæring som bekrefter diagnose og diagnosetidspunkt.
Ved ombygging av bolig må flere aktører involveres. Ta kontakt med oss og vi vil hjelpe deg videre.



Postadresse: Nemi Forsikring, Postboks 126 Bryn, 0611 Bryn - **E-post:** personskade@nemiforsikring.no - **Telefon:** 22 91 33 00

FULLMAKT

Jeg erklærer at skjemaopplysninger er gitt så nøyaktig som mulig. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikrede mister ethvert erstatningskrav mot selskapet. Undertegnede samtykker i at forsikringsgiver og samarbeidspartnere innhenter nødvendige opplysninger for å ta stilling til erstatningskravet.

Du kan sende tilleggsinformasjon som f.eks dokumentasjon på utlegg, kvitteringer o.l. til e-post adressen ovenfor. Husk å merke e-posten med avtalenummeret skaden gjelder.

Dato

Sted

Signatur