

SKADESKJEMA

Uførhetsforsikringer

Forsikringstaker	Avd.:		Forsikringsbevis nr.:		
Skadelidte	Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer (11 siffer):		
	Adresse:		Telefon privat:		
	Postnr./sted:		Telefon arbeid:		
Opplysninger om skaden	Skadedato:		Skadested:		
	Utførlig beskrivelse av hendelsesforløpet/tap/utlegg:				
Spesielle opplysninger ved ulykke	Dato for legebehandling:				
	Sykehusopphold: fra: _____ til: _____		Hvilket trygdekontor tilhører skadelidte:		
	Lege/sykehus: Navn: _____ Adresse: _____ Telefon: _____				
Forsikringsforhold	Finnes annen gyldig forsikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Forsikringsselskap: _____	Er tapet meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
			Bevisnummer: _____	Skadenummer: _____	
Kontonummer ved erstatning	Erstatningen utbetales til (navn): _____		Kontonummer: _____		
Erklæring	Jeg erklærer at alle opplysninger er korrekte, og gir Crawford & Company (Norway) AS myndighet til å innhente nødvendige opplysninger vedrørende ulykkestilfelle: _____				
	Skadelidtes underskrift		Sted og dato		

Skjema sendes: Norwegian Underwriting Agency AS, Rådhusgaten 28, 0151 Oslo