

SKADEMELDING BARNEULYKKE KOMMUNER

Legg spesielt merke til:

Denne skademeldingen skal kun brukes når det foreligger et dokumentert krav fra foresatte.

I alle andre tilfeller skal småskadeskjema benyttes.

Skader meldt på småskadeskjema er å anse som meldt til Chartis på samme måte som med dette skadeskjema.

Tannlegeerklæring bør sendes inn ved skade på tennene. Legererklæring skal ikke sendes inn med mindre dette er et krav fra Chartis.

Erklæringer som blir allikevel blir sendt inn vil ikke bli erstattet da disse er under egenandel på behandlingsutgifter på kr. 500,-

Vær nøye med å få med:

- Navn på barnehage/skole
- Navn på kommune og polisenummer
- Nærmere beskrivelse av hvordan ulykkesskaden oppstod
- Originale kvitteringer/dokumenter for utgifter som kreves dekket

Ved spørsmål vedrørende ovenstående kan skadeavdelingen kontaktes på mail skadekontoret@chartisinsurance.com eller telefon nummer 22 00 20 80.

Skademelding og dokumentasjon sendes elektronisk:

skadekontoret@chartisinsurance.com

eller

Chartis
v/Skadeavdelingen
Postboks 1588, Vika
0118 Oslo

Skadenummer
(fylles ut av Chartis)

SKADEMELDING BARNEULYKKE

BRUK BLOKKBOKSTAVER **ELLER FYLL UT ELEKTRONISK**

FELTER MERKET MED * MÅ FYLLES UT FOR AT VI SKAL KUNNE BEHANDLE SKADEN

FORSIKRINGTAKER

Navn på skole/barnehage *	Polisenummer *	Navn på kommune/fylkeskommune *
---------------------------	----------------	---------------------------------

SKADELIDTE/SIKREDE

Etternavn, fornavn *	Fødselsnummer (11 siffer) *
Navn på foresatte *	Telefon privta/mobil nr *
Adresse *	
Postnr./sted *	
E-postadresse *	

OPPLYSNINGER OM ULYKKESSKADEN

Når skjedde ulykkeskaden?	Hvor skjedde ulykkeskaden?
Eventuelle vitner	
Beskrivelse av skadetilfellet - benytt eget ark om nødvendig	

SPESIELLE OPPLYSNINGER VED ULYKKEN

Navn på lege ved førstegangsbehandling av skaden		Sted	Dato
Sykehusopphold		Fra	Til
Har du/dere vært utsatt for lignende ulykkesskade tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, år og måned	
Navn på trygdekontor		Adresse	Telefon
Primærlege/sykehus	Navn	Adresse	Telefon

FORSIKRINGSFORHOLD

Har du/dere forsikringer i andre selskaper som omfatter det du/dere nå søker erstatning for? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn og polisenummer
Har du/dere sendt skademelding til andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn

ERKLÆRING

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikringsselskapet myndighet til å innhente nødvendige opplysninger vedrørende skadetilfellet. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning.

Ved behov for ytterligere fullmakt (eventuelt signatur), vil selskapet ta kontakt.

Skadelidtes underskrift/navn	Sted og dato
------------------------------	--------------