

## **FOR Å KUNNE GI EN RASK OG EFFEKTIV SKADEBEHANDLING BER VI OM FØLGENDE DOKUMENTASJON:**

- Polisenummer må oppgis
- Nærmere beskrivelse av hvordan ulykkesskaden oppsto
- Kontoutskrift som viser at fylling av drivstoff har blitt belastet kredittkortet
- Legejournal/epikrise

Ved spørsmål vedrørende ovenstående kan skadeavdelingen kontaktes på mail: [skadekontoret@chartisinsurance.com](mailto:skadekontoret@chartisinsurance.com) eller telefonnummer 22 00 20 80.

Skademelding og dokumentasjon sendes elektronisk:

[skadekontoret@chartisinsurance.com](mailto:skadekontoret@chartisinsurance.com)

eller

Chartis  
v/Skadeavdelingen  
Postboks 1588, Vika  
0118 Oslo

Skadenummer  
(fylles ut av Chartis)

## SKADESKJEMA - FØRER- OG PASSASJERULYKKE

BRUK BLOKKBOKSTAVER **ELLER Fyll ut elektronisk**

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

### FORSIKRINGSTAKER/KORTHOLDER

Forsikringstaker/kortholder *	Polisenummer *
Kredittkortnummer (kun de 6 første og 4 siste siffer i kredittkortnummeret)	

### SKADELIDTE/SIKREDE

Etternavn, fornavn *	Fødselsnummer (11 siffer) *
Familiereelasjon til forsikringstaker	
Adresse *	Telefon privat/mobil nr *
Postnr./sted *	Telefon arbeidssted
E-postadresse *	
Eventuell erstatning ønskes utbetalt til kontonummer *	
Navn på arbeidsgiver ved forsikring gjennom arbeidsgiver	

### OPPLYSNINGER OM ULYKKESSKADEN

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

## 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
Navn på primærlege/sykehus	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
Er det sendt skademelding til andre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi selskapets navn
Har du/dere tidligere (siste 3 år) hatt ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mange?
I hvilket selskap har du/dere tidligere fått erstatning for ulykkesskader?	

## ERKLÆRING

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikringsselskapet myndighet til å innhente nødvendige legeopplysninger vedrørende ulykkesskaden og behandling. 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
------------------------------	--------------