

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

- Polisenummer må oppgis
- Ved forsikring tilknyttet kredittkort må kontoutskrift evt kopi av faktura vedlegges som viser at reisen ble betalt med kortet
- Nærmere beskrivelse av sykdom-/skadetilfellet
- Originale kvitteringer/dokumentasjon for utgifter som kreves dekket
- For kompensasjon for avbrutt ferie kreves skriftelig dokumentasjon fra lege på stedet
- Kopi av reisebillett må vedlegges

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 - SYKDOM/ULYKKE

BRUK BLOKKBOKSTAVER **ELLER Fyll ut elektronisk**

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

### MELDINGEN GJELDER

Reiseavbrudd  Hjemtransport  Sykdom  Ulykke

### FORSIKRINGSTAKER/KORTHOLDER

Forsikringstaker/kortholder \*

Polisenummer \*

Kredittkortnummer (kun de 6 første og 4 siste siffer i kredittkortnummeret)

### SKADELIDTE/SIKREDE

Etternavn, fornavn \*

Fødselsnummer (11 siffer) \*

Familierelasjon til forsikringstaker

Adresse \*

Telefon privat/mobil nr \*

Postnr./sted \*

Telefon arbeidssted

E-postadresse \*

Eventuell erstatning ønskes utbetalt til kontonummer \*

### REISEN

Var det ferie/fritidsreise?  Ja  Nei

Var det tjenestereise?  Ja  Nei

Navn på arbeidsgiver (ved forsikring gjennom arbeidsgiver)

Bestemmelsessted/reisemål

Utreisedato

Hjemreisedato

Ble reisen betalt med kredittkort?  Ja  Nei

Hvis ja, oppgi kredittkortnummer  
(kun de 6 første og 4 siste siffer i kredittkortnummeret)/bankens navn \*

## OPPLYSNINGER OM SKADEN/SYKDOMMEN

Når skjedde sykdommen/ulykken?		Hvor skjedde sykdommen/ulykken?	
Hvordan oppstod sykdommen/ulykken?			
Dato for legebehandling			
Sykehusopphold		Legeordinært sengeleie (vedlegg bekreftelse)	
fra	til	fra	til

## KRAVET

Nærmere forklaring av kravet - benytt eget ark om nødvendig

## 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 sykdom/ulykkesskader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor mange?
I hvilket selskap har du/dere tidligere fått erstatning for sykdom/ulykkesskader?	

## ERKLÆRING

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte, og gir forsikringsselskapet myndighet til å innhente nødvendige legeopplysninger vedrørende skadetilfellet og behandlingen, herunder å kontakte min lege. 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
------------------------------	--------------