

Skademelding – Kritisk sykdom

Vi ber om at skademeldingen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig, og **sendes til Ly Forsikring AS**. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen

Forsikringstaker

Navn:	Kundenummer:	Forsikringsavtale nr:
Adresse:	Telefon:	E-postadresse:
Fødselsnummer(11 siffer):	Mobil:	Evt. Erstatning ønskes overført til konto:

Opplysninger om foresatte/verge (fylles ut dersom dette er relevant, eks. forsikrede er under 18 år):

Navn:	Telefon:	Mobil:
Adresse:	E-postadresse:	
Familiereelasjon til forsikrede:		

Navn på sykdom/diagnose

--

Spesielt ved sykdom/ulykke

Dato for første behandling:	Dato for fastsatt diagnose:	Sykehusopphold: Fra:	Til:
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------	------

Opplysninger om andre forsikringer

Har du/dere forsikringer i andre forsikringsselskaper som omfatter det du/dere nå søker erstatning for: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi forsikringsselskapets navn:
Er det sendt skademelding til andre forsikringsselskap: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi forsikringsselskapets avtalenummer og/eller skadenummer: Avtalenummer: Skadenummer:

Fullmakt:

Jeg gir med dette Crawford & Company (Norway) AS på vegne av Ly Forsikring AS eller den de bemyndiger fullmakt til å innhente kopi av journalnotater, epikriser, legeerklæringer fra legevakt, sykehus eller leger som undersøkte og behandlet med/forsikrede i forbindelse med sykdommen, samt trygdeopplysninger eller relevante opplysninger fra annet forsikringselskap.

Fullmakt gjelder (kryss av):

- Jeg gir med dette fullmakt kategori A (redigert journal) som gir fullmakt til innhenting av opplysninger som legen/behandler mener er relevante for de problemstillinger som saken gjelder.
- Jeg gir med dette fullmakt kategori B (komplett journal) som gir anledning til å innhente fullstendig, uredigert kopi av journaler, epikriser, rapporter og forsikrings- /trygdedokumenter.

Dersom Crawford & Company (Norway) AS på vegne av Ly Forsikring AS eller den de bemyndiger, ønsker informasjon fra andre enn de som jeg har opplyst om i denne fullmakten, plikter selskapet å innhente ny fullmakt fra meg.

Følgende kan kontaktes:

Fastlege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
NAV-kontor:	Adresse:
Forsikringselskap:	Adresse:

Eventuelle andre spesifiserte kilder/andre opplysninger:

Erklæring:

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning:

Sted og dato:	Underskrift:	Fødselsnummer (11 siffer):
---------------	--------------	----------------------------

Returadresse:

Ly Forsikring ASA
Åsmarkvegen 2
2390 Moelv

E-post:

skade@lyforsikring.no

Telefon:

62 80 99 99