

Skademelding for Reise- og avbestillingsforsikring

Før behandling kan foretas, må punktene 1–8, skadetype og underskrifter fylles ut.

1) FORSIKRINGSTAKER

Forsikringstakers navn		Forsikringsnummer	Utløpsdato
Adresse	Postnummer	Poststed	Arbeidsgiver/stilling
Organisasjonsnr./fødselsnr.	Telefon dag	Telefon kveld	E-post

2) SKADELIDTE (hvis annen enn forsikringstaker)

Skadelidtes navn		Forsikringsnummer	Har eget kort
Adresse	Postnummer	Poststed	Utløpsdato
Personnummer (11 siffer)	Telefon, dag	Telefon, kveld	E-post
Arbeidsgiver/stilling	Er hele reisen foretatt sammen med kortnehaver? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvis flere skadelidte, spesifiser på eget ark		Dokumentasjon skal vedlegges	

3) SKADEN (fyll også ut ett eller flere av punktene 9–13)

Skadedato	Skadested	Utførlig beskrivelse av hendelsesforløpet/tap/utlegg:

4) REISEN

Ved behov, benytt eget ark!

		Avstand i km	Fergestrekning	Reisens varighet (fra-til)
<input type="checkbox"/> Fly	<input type="checkbox"/> Egen bil			
<input type="checkbox"/> Tog	<input type="checkbox"/> Leiebil			
<input type="checkbox"/> Buss	<input type="checkbox"/> Medr. bil			
<input type="checkbox"/> Båt	<input type="checkbox"/> Annet, hva?:			
<input type="checkbox"/> Fritidsreise	<input type="checkbox"/> Tjenestereise for:			

Vedlegg: Dokumentasjon for betalingsmåte og varighet.

Vend!

Ved tap av kontanter Hvor og hvordan var de oppbevart ved hendelsen?	
Ved tyveri Var oppbevaringsstedet låst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvem hadde nøkkel?
Var gjenstanden(e) oppbevart på spesiell måte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvordan?
Ved innbrudd i bil/buss/båt o.l. Kjennemerke	Type/merke/modell
Hvor i kjøretøyet var gjenstanden(e) plassert?	

Vedlegg: Innkjøpskvitteringer fra da tingene var nye. Evt. reparasjonskvittering. Original bekreftelse på at tapet er meldt.

10) REISESYKE - OG REISEULYKKE

Har du hatt kontakt med assistanseselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket?	
Dato(er) legekonsultasjoner	UTLEGG	
	Utenlandsvaluta	NOK
Dato(er) sykehusopphold		
Medisiner forordnet av lege		
Transport til/fra lege/sykehus		
Øvrige utgifter i henhold til vilkår		
Legerekvirerte merutgifter til (hjem)reise <input type="checkbox"/> Skadelidt <input type="checkbox"/> Ledsager		
Har du tidligere vært behandlet for samme sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvis ja, når?	Av hvem?	
Hvilket trygdekontor hører skadelidte til?		
Vil ulykken kunne medføre varig, medisinsk invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

Vedlegg: Original kvittering for alle utlegg med spesifikasjon. Legejournal. Leges rekvisisjoner.

11) REISEANSVAR

Vennligst legg ved egen forklaring med bilag i original.

12) REISEAVLYSNING/-FORSINKELSE/-AVBRUDD

Reiseavlysning/-avbrudd
Reisen ble avlyst på grunn av:
Hvilke utlegg har dette medført?

Vedlegg: Originale billetter/reisedokumenter. Original bekreftelse fra lege hvor det fremgår hvem som var syk, når sykdommen/skaden inntraff og om dette var akutt. Dokumentasjon for slektskapsforhold (hvis ikke egen sykdom).

Forsinket fremmøte/transportforsinkelse

Forsinket fremmøte/transportforsinkelse

Årsak til at opprinnelig reiserute ikke kunne gjennomføres: Kansellering Forsinkelse

På grunn av: Værhindring Teknisk feil

Hvilke ekstrautgifter har dette medført?:

Vedlegg: Original kvittering for utlegg. Original bekreftelse fra transportør.

Erstatningsreise

Navn	Nytreisedato
Avlysnings-/ avbruddsforsikringen har vært anvendt på grunn av: <input type="checkbox"/> Sykdom <input type="checkbox"/> Ulykke <input type="checkbox"/> Dødsfall	Hvis ikke egen skade/sykdom hvem?

**Vedlegg: Dokumentasjon på opprinnelig reise. Original erklæring fra behandlende lege.
Dokumentasjon for slektskapsforhold, hvis ikke egen sykdom.**

BLANKETTEN FYLLES UT FULLSTENDIG OG NØYAKTIG

UNDERSKRIFT

Jeg er inneforstått med at jeg ved å gi bevisst uriktige eller ufullstendige opplysninger mister ethvert erstatningskrav mot Ly Forsikring AS (jfr. forsikringsavtaleloven §§ 8–1 og 18–1).

Jeg gir herved Ly Forsikring AS fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for Ly Forsikring AS utredning av forsikringstilfellet, beregning av ansvar og utbetaling av erstatning, herunder uredigerte legejournaler, informasjon fra NAV, ligningskontor, politi m.v.

Ved ulykkesskade overdrar jeg herved til Ly Forsikring AS min rett til å kreve refundert det beløp jeg ifølge NAV har krav på etter ulykken.

Underskrift	Dato
Skadelidtes underskrift (hvis annen enn kortinnehaver)	Dato

Ly Forsikring AS

Returadresse:
Ly Forsikring ASA
Åsmarkvegen 2
2390 Moelv

E-post:
skade@lyforsikring.no

Telefon:
62 80 99 99