

Skademelding, barn

All behandling skal være forhåndsgodkjent av Skandia

skandia

Skandia Forsikring
Stenersgt. 2
0184 Oslo
Tlf: 23 08 06 40

Barnets navn og adresse		Forsikringsnummer
Etternavn	Fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og sted	Telefon (arbeid) foresatte
	E-mail foresatte	Telefon (privat) foresatte

Hvilke NAV kontor tilhører barnet?	
Hvilken sykdom/plage/skade gjelder henvendelsen (angi høyre/venstre hvis aktuelt)	
Når ble lege/behandler første gang oppsøkt for meldte skade?	Behandlers navn og adresse
<input type="checkbox"/> allmennlege/fastlege <input type="checkbox"/> sykehus <input type="checkbox"/> legevakt <input type="checkbox"/> spesialistlege <input type="checkbox"/> fysioterapeut <input type="checkbox"/> kiropraktor	
Er det henvist til videre behandling/undersøkelse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja hvilke behandling/undersøkelse (kopi av henvisning legges ved)
Er barnet helt frisk / symptomfri? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Er forsikring benyttet tidligere for samme sykdom/plage? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

Besvares ved ulykkesskade

Skadedato	Ulykken inntraff <input type="checkbox"/> På skole <input type="checkbox"/> På vei til/fra skole <input type="checkbox"/> På fritid
Ulykkessted (adresse):	
Hvordan skjedde ulykkesskaden?	
Hvilken kroppsdel er skadet? (ved tannskade, se eget punkt)	
Har denne kroppsdel tidligere vært utsatt for skade eller sykdom? Hvis ja, når og på hvilken måte?	
Ble lege kontaktet?	

Besvares ved sykdom

Diagnose/sykdommens navn
Når oppsto de første symptomene?
Har barnet tidligere lidd av lignende sykdom/plage/symptomer? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja svar på nedenstående spørsmål: Når (dato/år)?
Hvilke sykdom/plage/symptomer?
Navn og adresse på lege/behandler/sykehus som ble kontaktet:
Når var siste legebesøk/behandling?
Hvor lenge har barnet vært symptomfri?

Har barnet fått tid for operasjon eller behandling på sykehus?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Sykehusets navn	Dato
--	-----------------	------

Besvares ved tannskade (gjelder Barneforsikring, ikke Behandlingsforsikring)

--

Øvrige opplysninger

Oppgave for erstatningsberegning, se neste side.

