

# Skademelding

All behandling skal være forhåndsgodkjent av Skandia

# skandia:

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

<b>Navn og adresse</b>		Skadenummer
Etternavn	Fornavn	Fødselsnummer (11 siffer) 
Adresse	Postnummer og sted	Telefon (arbeid)
	E-mail	Telefon (privat)

Hvilken sykdom/plage/skade gjelder din henvendelse (angi høyre/venstre hvis aktuelt)					
Når merket De de første symptomene?	Når ble lege/behandler oppsøkt?				
Dato	Behandlers navn og adresse				
<input type="checkbox"/> allmennlege	<input type="checkbox"/> spesialistlege	<input type="checkbox"/> fysioterapeut	<input type="checkbox"/> kiropraktor	<input type="checkbox"/> manuellterapeut	<input type="checkbox"/> naprapat
Har De fått henvisning til videre behandling/undersøkelse?		Hvis ja hvilke behandling/undersøkelse (kopi av henvisning legges ved)			
<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja				
Er De helt frisk / symptomfri?		Har De benyttet Skandia tidligere for samme sykdom/plage?			
<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja		

## Besvares kun ved ulykkeskade

Skadedato	Ulykken inntraff
	<input type="checkbox"/> I arbeid <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeid <input type="checkbox"/> På fritid
Hvordan skjedde ulykkeskaden?	
Hvilken kroppsdel er skadet?	
Har denne kroppsdel tidligere vært utsatt for skade?	
Når og på hvilken måte?	

## Besvares ved produkter med Karens eller med Helseerklæring

Har De tidligere hatt lignende sykdom/plage/skade? Hvilke?
Når? (dato /år)
Navn og adresse på lege/annen behandler som De dengang kontaktet
Når var siste legebesøk eller behandling hos annet helsepersonell?
Hvor lenge har De vært symptomfri?
Bruker De medisiner for ovennevnte sykdom/plage/skade?
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilke?

## Har De fått tid for operasjon eller behandling på sykehus?

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

## Ved skade på reise utenlands

Avreisedato	Ordinær hjemreisedato	Har du kontaktet SOS International?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

## Øvrige forsikringer

Har du ulykkes-, reise- og/eller yrkesskadeforsikring	Forsikringsselskapets navn
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

## Øvrige opplysninger


Oppgave for erstatningsberegning av private utgifter og samtykkeerklæring, se neste side.

