

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!

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 transporter.

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 korthaver)	Dato
--	------

Ly Forsikring AS

Returadresse: Ly Forsikring AS
CO/ Crawford & Company (Norway) AS,
Postboks 133, 1300 Sandvika

email: skade@lyforsikring.no