

SKADEMELDING

For ulykkesforsikring

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Or* Ær.	Forsikringsbevisnr.
Adresse	T^ ^{ }	

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn	Personnr. (11 siffer)
Adresse	Privat e ^ ^{ }
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for erstatning)
Epost:	T^ ^{ }

OPPLYSNINGER OM SKADEN

Skadedato	Skadested
? Beskrivelse av hendelsesforløpet/tap/utlegg	

H@@; ; GOPPLYSNINGER VED ULYKKE

Dato for legebehandling	Sykehusopphold Fra dato	Til dato
Behandelnde lege/sykehus	Adresse	
Telefon	Ukadelidte• d^*^â^{\[} q !	

FORSIKRINGSFORHOLD

Finnes annen gyldig forsikring	Ja		Nei	
Forsikringsselskap	Avtalenummer	Skadenummer	Er tapet meldt	
			Ja	Nei
			Ja	Nei

FULLMAKT VED PERSONSKADE

Forsikringsselskapet gis fullmakt til å innhente opplysninger fra trygdekontor, ^*^Ærbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til ^çÆrstatningskrav.	
Navn på skadelidte	Personnr.

? Sted og dato	Underskrift
--	-------------

Skjema sendes til IAM Insurance Løvenskiolds gate 26 0260 OSLO Epost: claims@iam.no
--