

Skademeldingsskjema fylles ut og sendes til:

Protector Forsikring ASA
Postboks 1351 Vika
0113 Oslo

Melding om:

Forsikringsavtalenummer:

Hva søkes det erstatning for (sett kryss):

Medisinsk invaliditet

Død

Skadenr.

Fylles ut av selskapet

1 Opplysninger om Forsikrede (barnet)

Navn	Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse	
Postnr./sted	
Trygdekantor	

2 Opplysninger om Forsikringstaker (foresatte)

Navn		Adresse	
Telefon Privat	Telefon Arbeid	Telefon Mobil	Kontonummer
Medforsørger:		Adresse	
Telefon Privat	Telefon Arbeid	Telefon Mobil	

3 Navn på skole/barnehage

Navn på skole/barnehage	Adresse
-------------------------	---------

4 Spesielt ved ulykke/skade (Ved sykdom gå direkte til pkt. 5)

Melding til Trygdekontoret:

Skaden eller sykdommen skal meldes denne instansen etter gjeldende lover og forskrifter. Kopi av melding vedlegges denne skademeldingen.

Er ulykke/skade meldt til Trygdekontoret?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	Når/dato
------------------------------	-----------------------------	----------

Når skjedde ulykken? Dag/Mnd/År	Klokkeslett	Ved trafikkulykke	
		Bilens registreringsnummer	Bilforsikringselskap
		Navn sjåfør bil	

Skadested

<input type="checkbox"/> Innenfor området til skole/barnehage	<input type="checkbox"/> På vei til/fra skole/barnehage
<input type="checkbox"/> Fritid	
<input type="checkbox"/> Annet	Beskriv nærmere

Død som følge av ulykken?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------	-----------------------------

Var barnet i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiskemidler eller medisiner? (Gjelder barn over 16 år)

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------	-----------------------------

Er ulykken meldt til politiet?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------	-----------------------------

Politikammer

--

Beskriv ulykkeshendelsen, skadens art, samt oppgi skadet kroppsdeler

--

1. Navn på eventuelle vitner

Vitner adresse, postnr./-sted

--	--

2. Navn på eventuelle vitner

Vitner adresse, postnr./-sted

--	--

5 Opplysninger om skaden, sykdommen/plagene

Beskriv skaden/plagene som har oppstått og når de første symptomene viste seg

--

Er lege/sykehus kontakket?

Nei Ja

Hvis ja, oppgi dato for
første gangs konsultasjon

Dag/Mnd/Ar

Legens navn	Dersom den angitte lege ikke er barnets fastlege ber vi deg oppgi fastlegens navn og adresse
Adresse	Adresse
Postnr./sted	Postnr./sted

Sykehusets navn
Adresse
Postnr./sted

Har barnet tidligere hatt samme eller lignede sykdom/skade?

Nei Ja

Hvis ja, oppgi når

6 Opplysninger om andre forsikringer

Er det søkt erstatning fra Trygdekontoret?

Nei Ja

Er barnet forsikret i andre selskaper?

Nei Ja

Hvis ja, oppgi nedenfor

Forsikringsavtalenummer	Forsikringsselskap
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 Underskrift

Sted	Dato	Underskrift foresatte
------	------	-----------------------

For rask behandling av søknaden ber vi om å få tilsendt kopier av eventuell tilgjengelig dokumentasjon om ytelser fra det offentlige.