

Financial Insurance Company Ltd. og Financial Assurance Company Ltd. kjennetegnet ved Genworth Financial

Skadenr. (fylles ut av Genworth Financial)

SKADEMELDINGSSKJEMA VED ULYKKE, SYKDOM ELLER SYKEHUSOPPHOLD

For å unngå forsinkelser ber vi Dem lese følgende punkter før skjemaet fylles ut:

- Besvar alle punktene og send inn skjemaet snarest og senest innen 1 år etter at De ble sykmeldt.
- De må forsette å betjene lånet mens behandlingen av saken pågår.
- Påse at alle spørsmålene i Del A blir nøye utfylt og at skjemaet blir datert og underskrevet.
- Be Deres arbeidsgiver fylle ut Del B.
- Be Deres fast lege om å fylle ut Del C.
- Har De spørsmål, kan De ringe oss på telefon 800 37 500
- Vennligst send utfylt skjema til Genworth Financial, Postboks 588 Skøyen, 0214 Oslo

DEL A - Fylles ut av låntaker

ETTERNAVN:	STILLING/YRKE:
FORNAVN:	TELEFONNR. DAGTID:
PERSONNUMMER:	LÅNENR.:
GATEADRESSE:	LÅNEINSTITUSJON:
POSTNR. OG STED:	SKATTEKOMMUNE:

NAVN OG ADRESSE TIL LEGE(R) OG SYKEHUS SOM BEHANDLET DEG FOR SYKDOMMEN/ULYKKEN:

NAVN OG ADRESSE PÅ DERES FAST LEGE OG EVT. ANDRE LEGER DU HAR OPPSØKT I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE:

DATO FOR ULYKKEN ELLER STILT DIAGNOSE:

FØRSTE GANG DU OPPSØKTE LEGE FOR DISSE SYMPTOMENE:

SISTE DAG DE VAR I ARBEID:

HVOR LENGE HAR DE, ELLER FORVENTER DE, Å VÆRE BORTE FRA ARBEID?

ANGI GRUNNEN HVIS DET HAR GÅTT MER ENN 4 DAGER FRA DE SLUTTET Å ARBEIDE TIL DU FØRSTE GANG OPPSØKTE LEGE:

GI NÆRMERE OPPLYSNINGER OM ULYKKEN ELLER SYKDOMMEN OG FORKLAR HVORFOR DE ER FORHINDRET FRA Å ARBEIDE:

ARBEIDSGIVERS NAVN, ADRESSE OG TELEFON NUMMER:

DEL B - Erklæring fra arbeidsgiver. Må fylles ut av arbeidsgiver.

ARBEIDSTAKERS NAVN:			Arbeidsgivers stempel:
SISTE ARBEIDSDAG:	ANTALL ARBEIDSTIMER PR. UKE:	NÅR BLE ARBEIDET GJENOPPTATT:	
NAVN PÅ DEN SOM AVGIR ERKLÆRINGEN:			
STILLING:	TELEFON:		
UNDERSKRIFT:	DATO:		

ERKLÆRING OG FULLMAKT:

Jeg krever ytelse i henhold til min forsikringsavtale grunnet sykdom, ulykke eller sykehusopphold. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetilfellet og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav og samtykker i at Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited, kjennetegnet ved Genworth Financial, kan innhente uttalelser og opplysninger fra de leger og helseinstitusjoner hvor jeg har vært til undersøkelse/behandling som er angitt i skjemaet, både forut for tegningen av forsikring og senere. Jeg fritar legene og helseinstitusjonene fra sin taushetsplikt til å gi fullstendige opplysninger og svar på alle spørsmål som Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited måtte finne nødvendige for behandling av forsikringsaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Jeg samtykker i at alle opplysningene blir lagret på data og at slik informasjon kan bli overført til Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Limited kontor i England."

UNDERSKRIFT:

DATO:

Trenger du hjelp til å fylle ut skademeldingsskjemaet eller har noen spørsmål, vennligst ta kontakt med oss på telefon: **800 37 500**

DEL C - Legeerklæring - må fylles ut av din primærlege

ETTERNAVN:	FØDSELSNUMMER:
POSTADRESSE:	

DIAGNOSE:	
VENNLIGST GI DETALJER OM NÅR OG PÅ HVILKEN MÅTE SYMPTOMENE FØRSTE GANG BLE KONSTATERT AV LEGE:	
NÅR BLE DIAGNOSEN FØRST STILT?	FRA HVILKEN DATO BLE PASIENTEN SYKMELDT?
ER PASIENTEN 100% ARBEIDSUFØR? ANGI ÅRSAK	ER PASIENTEN FRISKMELDT, EVT NÅR REGNER DE MED AT PASIENTEN BLIR FRISKMELDT?
ANGI OM DET ER ANDRE FAKTORER SOM FORSINKER FRISKMELDINGEN:	
ER DE PASIENTENS FAST LEGE? JA NEI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HAR PASIENTEN VÆRT I KONTAKT MED ANDRE LEGER I FORBINDELSE MED DENNE SYKDOM/ULYKKE? JA NEI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HVIS JA, VENNLIGST ANGI NAVN OG ADRESSE PÅ DE(N) ANDRE LEGEN(E):	
HAR PASIENTEN VÆRT INNLAGT PÅ SYKEHUS SOM ET RESULTAT AV SYKDOMMEN/ULYKKEN? JA NEI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
HVIS INNLAGT PÅ SYKEHUS ANGI DATO FOR OPPHOLDET:	
NAVN PÅ SYKEHUSET:	NAVN OG TELEFONNUMMER TIL SYKEHUSLEGE:
ER SKADEN ELLER ULYKKEN SELVFORSKYLDT, ELLER SKYLDES DEN MEDIKAMENTBRUK SOM IKKE ER FORESKREVET AV LEGE?	
PÅ BAKGRUNN AV DERES KJENNSKAP AV PASIENTEN, UTEN FLERE UNDERSØKELSER, ER DET DERES MENING AT DENNE SYKDOMMEN ELLER ULYKKEN ER ENESTE GRUNN TIL UFØRE? HVIS NEI, VENNLIGST BESKRIV DE ANDRE FAKTORENE OG DE VIRKNINGENE SOM DET HAR FOR DIAGNOSEN:	
EVENTUELT ANDRE MERKNADER:	

JEG ERKLÆRER AT DENNE PASIENTEN ER UNDER BEHANDLING AV MEG, OG AT VEDKOMMENDE ER 100% ARBEIDSUFØR I DEN PERIODEN JEG HAR ANGITT.

LEGENS STEMPEL:	NAVN:	UNDERSKRIFT:
	TELEFONNR.:	DATO:
	ADRESSE:	

Financial Insurance Company Ltd. og Financial Assurance Company Ltd. kjennetegnet ved Genworth Financial

Skadenr. (fylles ut av Genworth Financial)

SKADEMELDINGSSKJEMA - DØDSFALL

Vi ber Dem lese følgende punkter før skjemaet fylles ut:

- Vennligst se til at alle spørsmål er besvart før skjemaet returneres til Genworth Financial.
- Fyll ut pkt. 1 og 2
- Avdødes lege skal fylle ut pkt. 3
- Skademeldingsskjema gjelder lån hos Santander
- Send inn skjemaet sammen med kopi av dødsattesten og skifteattesten til
- Genworth Financial, Postboks 588 Skøyen, 0214 Oslo

1) OPPLYSNINGER OM AVDØDE

FØDSELSNR.:	
FORNAVN:	
ETTERNAVN:	
GATEADRESSE:	
POSTNR. OG STED:	

DØDSDATO:		LÅNENUMMER OG NAVN PÅ LÅNEINSTITUSJONEN:	
-----------	--	---	--

NAVN PÅ SISTE ARBEIDSGIVER:		DATO FOR SISTE ARBEIDSDAG	
--------------------------------	--	------------------------------	--

VAR AVDØDE PENSJONERT PÅ DØDSDAGEN?		YRKE:	
--	--	-------	--

2) OPPLYSNINGER OM PÅRØRENDE ELLER BOET

PERSONNUMMER:	
FORNAVN:	
ETTERNAVN:	
GATEADRESSE:	
POSTNR. OG STED:	
KTO.NR: FOR UT BET. AV ERSTATNING:	

3) LEGERERKLÆRING - fylles ut av avdødes primærlege

AVDØDES NAVN:	
AVDØDES PERSONNUMMER:	
DØDSÅRSAK:	
HVIS DØDSÅRSAKER ER SYKDOM, NÅR BLE DENNE KONSTATERT FØRSTE GANG?	
DØDSDATO:	
LEGENS NAVN: STEMPEL OG DATO:	

Financial Insurance Company Ltd. og Financial Assurance Company Ltd. kjennetegnet ved Genworth Financial

Skadenr. (fylles ut av Genworth Financial)

SKADEMELDINGSSKJEMA VED KRITISK SYKDOM

For å unngå forsinkelser ber vi Dem lese følgende punkter før skjemaet fylles ut:

- De må forsette å betjene lånet mens behandlingen av saken pågår.
- Besvar alle punktene og send inn skjemaet snarest og senest innen 1 år etter at De fikk diagnosen.
- Påse at alle spørsmålene i Del A blir nøye utfyllt og at skjemaet blir datert og underskrevet.
- Be Deres lege om å fylle ut Del C.
- Vennligst send utfyllt skjema til Genworth Financial, Postboks 588 Skøyen, 0214 Oslo

DEL A - Fylles ut av låntaker

ETTERNAVN:	STILLING/YRKE:
FORNAVN:	TELEFONNR. DAGTID:
FØDSELSNUMMER:	LÅNENR.:
GATEADRESSE:	LÅNEINSTITUSJON:
POSTNR. OG STED:	SKATTEKOMMUNE:

NAVN OG ADRESSE TIL LEGE(R) OG SYKEHUS SOM BEHANDLET DEG FOR SYKDOMMEN/ULYKKEN:

NAVN OG ADRESSE PÅ DERES VANLIGE LEGE OG EVT. ANDRE LEGER DU HAR OPPSØKT I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDENE:

DATO FOR STILT DIAGNOSE:

FØRSTE GANG DU OPPSØKTE LEGE FOR DISSE SYMPTOMENE:

SISTE DAG DU VAR I ARBEID:

BESKRIVELSE OG DIAGNOSE AV SYKDOMMEN:

ARBEIDSGIVERS NAVN, ADRESSE OG TELEFONNUMMER:

DEL B - Erklæring fra arbeidsgiver. Må fylles ut av arbeidsgiver.

ARBEIDSTAKERS NAVN:	ARBEIDSGIVERS STEMPEL:	
SISTE ARBEIDSDAG:	ANTALL ARBEIDSTIMER PR. UKE:	
NAVN PÅ DEN SOM AVGIR ERKLÆRINGEN:		
STILLING:	TELEFON:	
UNDERSKRIFT:	DATO:	

Jeg krever ytelse i henhold til min forsikringsavtale grunnet sykdom, ulykke eller sykehusopphold. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetilfellet og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav og samtykker i at Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited, kjennetegnet ved Genworth Financial, kan innhente uttalelser og opplysninger fra de leger og helseinstitusjoner hvor jeg har vært til undersøkelse/behandling som er angitt i skjemaet, både forut for tegningen av forsikring og senere. Jeg fritar legene og helseinstitusjonene fra sin taushetsplikt til å gi fullstendige opplysninger og svar på alle spørsmål som Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited måtte finne nødvendige for behandling av forsikringsaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Jeg samtykker i at alle opplysningene blir lagret på data og at slik informasjon kan bli overført til Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Limited kontor i England."

UNDERSKRIFT:

DATO:

Trenger du hjelp til å fylle ut skademeldingsskjemaet eller har noen spørsmål, vennligst ta kontakt med oss på telefon: **800 37 500**

DEL C - Legeerklæring - må fylles ut av Deres primærlege

NAVN:	FØDSELSNUMMER:
POSTADRESSE:	

DIAGNOSE:

	JA	NEI
Hjerteinfarkt - det vil si død av en av hjertets muskulatur som følge av utilstrekkelig blodforsyning godtgjort ved: en episode med typiske brystmerter, og ferske elektrokardiografiske forandringer og økning av hjerteenzymmer.		
Hjerneslag - det vil si død en cerebrobrovaskulær hendelse som fører til permanent nevrologisk skade.		
Kreft - det vil si ondartet nydannelse av vev, forårsaket av vedvarende ukontrollert vekst og spredning av unormale celler som har evnen til innvekst i annet vev.		
Nyresvikt - det vil si sluttstadiet i en kronisk irreversibel svikt av begge nyrens funksjon, som fører til at enten dialyse eller nyretransplantasjon blir satt i verk.		
Transplantasjon av stort organ - det vil si transplantasjon av hjerte, lever, lunge, pancreas eller benmarg.		
Koronarsykdom behandlet med åpen hjertekirurgi - det vil si innsnevring eller tilstopning av en eller flere koronaaarterier, der behandlingen har vært innsetting av by-pass-grafter gjennom åpning av brystkassen.		

VENNLIGST GI DETALJER OM NÅR SYMPTOMENE FØRSTE GANG BLE KONSTATERT AV LEGE:		
NÅR BLE DIAGNOSEN FØRST STILT?		
HVIS DET ER ANDRE KOMMENTARER ANGÅENDE SYKDOMSBILDET, VENNLIGST ANGI:		
ER DE PASIENTENS VANLIGE LEGE? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> HAR PASIENTENE VÆRT I KONTAKT MED ANDRE LEGER? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		
HVIS JA, VENNLIGST ANGI NAVN OG ADRESSE:		
HAR PASIENTEN VÆRT INNLAGT PÅ SYKEHUS, EVENTUELT ANGI TIDSROM:		
NAVN, ADRESSE OG TELEFONNUMMER PÅ SYKEHUS, SYKEHUSAVDELING OG EVENTUELT NAVN PÅ SYKEHUSLEGER SOM HAR BEHANDLET PASIENTEN.		
Skyldes sykdommen alkohol-, narkotika- eller medikamentinntak som ikke er foreskrevet av lege?	JA	NEI
Skyldes sykdommen HIV-infeksjon, eller tilstander av lignende art?		
Er kreften en form for hudkreft (unntatt invasivt malignt lamaanom), eller ikke-invasiv cancer in situ?		
Skyldes sykdommen forbigående ischemisk anfall (TIA) eller anfall av vertebrovasculær ischæmi?		
Er koronarsykdom uten hjerteinfarkt behandlet med ballong-angioplastikk eller lignende prosedyre?		

JEG ERKLÆRER AT DENNE PASIENTEN ER UNDER BEHANDLING AV MEG, OG AT OVENNEVNT INFORMASJON ER KORREKT UT I FRA MITT KJENNSKAP TIL PASIENTEN.

LEGENS STEMPEL:	NAVN:	UNDERSKRIFT:
	TELEFONNR.:	DATO:
	ADRESSE:	

Financial Insurance Company Ltd. og Financial Assurance Company Ltd. kjennetegnet ved Genworth Financial

Skadenr. (fylles ut av Genworth Financial)

SKADEMELDINGSSKJEMA VED ARBEIDSLEDIGHET/PERMITTERING

For å unngå forsinkelser ber vi Dem lese følgende punkter før skjemaet fylles ut:

- Besvar alle punktene og send inn skjemaet snarest og senest innen 1 år etter at De fikk diagnosen.
- De må fortsette å betjene lånet mens behandlingen av saken pågår.
- Påse at alle spørsmålene i Del A blir nøye utfyllt og at skjemaet blir datert og underskrevet.
- Be Deres arbeidsgiver om å fylle ut Del C på baksiden. Kopi av oppsigelsesbrev fra Deres siste arbeidsgiver må vedlegges.
- Be NAV om å fylle ut Del D på baksiden.
- Vennligst send utfyllt skjema til Genworth Financial, Postboks 588 Skøyen, 0214 Oslo.

DEL A - Fylles ut av låntaker

ETTERNAVN:	STILLING/YRKE:
FORNAVN:	TELEFONNR. DAGTID:
FØDSELSNUMMER:	LÅNENR.:
GATEADRESSE:	LÅNEINSTITUSJON:
POSTNR. OG STED:	

DEL B - Opplysninger om siste arbeidsforhold

SISTE ARBEIDSGIVERS NAVN:	DATO FOR TILTREDELSE:	
POSTADRESSE:		
NÅR FIKK DU FØRST GANG VARSEL OM OPPSIGELSEN/PERMITTERINGEN:		
HVOR MANGE TIMER ARBEIDET DU I UKEN?	SISTE ARBEIDSDAG:	HAR DU FÅTT NYTT ARBEID?
HVIS JA, NÅR BEGYNTE DU ELLER VIL DU BEGYNNE I NYTT ARBEID:		

GI OPPLYSNINGER OM ALLE ARBEIDSFORHOLD DU HAR HATT DE SISTE 12 MÅNEDENE FØR OPPSIGELSEN/PERMITTERINGEN				
Arbeidsgivers navn:	Adresse:	Arbeidsforholdet startet:	Arbeidsforholdet opphørte:	Arbeidstimer pr. uke

ERKLÆRING OG FULLMAKT:

Jeg krever ytelse i henhold til min forsikringsavtale grunnet arbeidsledighet/permittering. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetilfellet og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelse tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav og samtykker i at Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited, kjennetegnet ved Genworth Financial, kan innhente alle uttalelser og opplysninger som finnes nødvendige fra tidligere arbeidsgiver, fra Aetet eller fra andre som er opplyst i skjemaet. Jeg samtykker i at alle opplysninger blir lagret på data og at slik informasjon kan bli overført til Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Limited kontor i England. Jeg erklærer at jeg aktivt søker nytt arbeid."

UNDERSKRIFT:	DATO:
--------------	-------

DEL C - Erklæring fra tidligere arbeidsgiver

ARBEIDSTAKERS NAVN:	
NÅR BEGYNTE ARBEIDSFORHOLDET:	
ANTALL ARBEIDSTIMER PR. UKE:	VAR ARBEIDSFORHOLDET TENKT Å VÆRE PERMANENT:
DATO DA DU FØRSTE GANG VARSLET ARBEIDSTAKERENE OM OPPSIGELSEN/PERMITTERINGEN (muntlig eller skriftlig):	DATO DA DU ARBEIDSFORHOLDET OPPHØRTE:
HAR ARBEIDSTAKEREN MOTTATT LØNN UTEN Å STÅ I STILLINGEN?	I TILFELLE FOR HVOR LENGE?
SA ARBEIDSTAKEREN OPP SELV?	
HAR ARBEIDSTAKEREN VÆRT ANSATT HOS DEG TIDLIGERE?	I TILFELLE FRA DATO: TIL DATO:
HVA VAR GRUNNEN TIL OPPSIGELSEN/PERMITTERINGEN?	
HVIS ARBEIDSTAKEREN VAR PÅ EN TIDSBEGRENSET KONTRAKT, BES DE ANGI	FRA DATO: TIL DATO:
ARBEIDSGIVERS STEMPEL:	
ARBEIDSGIVERS UNDERSKRIFT:	STILLING:
MED BLOKKBOKSTAVER:	DATO:

DEL D - Erklæring fra NAV

ARBEIDSSØKERS NAVN:	UNDERSKRIFT FRA ERKLÆRINGSGIVER:
PERSONNUMMER:	DATO:
Vi bekrefter at ovennevnte person er registrert som arbeidssøker ved NAV og at personen har fått utstedt Personmappe-beregning.	NAVS STEMPEL:

VENNLIGST LEGG VED ARENA UTSKRIFT - MELDEHISTORIKK OG ARENA UTSKRIFT - BEREGNINGER FRA NAV

VEILEDNING FOR UTFYLING AV SKADEMELDINGSSKJEMA VED ULYKKE OG SYKDOM

- Det er et grunnkrav for erstatning at du har vært sykemeldt i minimum 30 dager, og at du i denne perioden har vært 100 % sykemeldt.
- Det utbetales ikke erstatning for de 30 første dagene, deretter vil utbetaling skje med 30 dagers intervaller etterskuddsvis. Skademeldingsskjemaet skal derfor sendes inn tidligst 60 dager etter den dato du ble sykemeldt.
- For gjeldende begrensninger i forsikringsdekningen henvises det til forsikringsvilkårene. Men kontakt oss gjerne på telefon **800 37 500** om du er usikker på om du har krav på erstatning.

Ved utfylling av skjemaet kreves det at:

- det gis svar på alle spørsmål i del A.
- det oppgis hvor lånet du søker dekket er plassert (rubrikken ” Låneinstitusjon ”)
- at arbeidsgiver fyller ut del B, eller at du som selvstendig næringsdrivende oppgir organisasjonsnummeret for virksomheten.
- at din lege fyller ut del C.
- at skjemaet signeres og dateres.

Ved mangelfull utfylling vil skjemaet bli sendt i retur.

Vi hos Genworth Financial verdsetter deg som kunde, og har som mål å være så hjelpelige som mulig.

Til informasjon:

- Det forekommer at vi trenger mer utfyllende informasjon, og vi vil da innhente denne fra din(e) lege(r). En kopi av forespørsel sendes deg.
- Dersom ditt krav er berettiget vil vi utbetale en erstatning. Selve utbetalingen vil gå til den konto som oppgis på skjemaets del A.. Du vil motta en skriftlig bekreftelse på beløpets størrelse.
- Dersom vi ikke kan imøtekomme ditt forsikringskrav, vil du motta en skriftlig begrunnelse.

Skademeldingsskjemaet kan sendes inn i vedlagte konvolutt, men før du postlegger skjemaet ber vi deg kontrollere følgende:

- at denne veiledningen er lest
- at samtlige deler av skjemaet er utfyllt
- at skjemaet er signert og datert
- at det er angitt hvor lånet er plassert i feltet ” låneinstitusjon ”

DU MÅ SELV SØRGE FOR DINE BETALINGSFORPLIKTELSE I TIDSROMMET DET TAR Å BEHANDLE DITT KRAV.

VEILEDNING FOR UTFYLING AV SKADEMELDINGSSKJEMA VED KRITISK SYKDOM

- Du kan være dekningsberettiget ved kritisk sykdom dersom diagnosen er en av følgende:
 - Hjerteinfarkt
 - Hjerneslag
 - Kreft
 - Nyresvikt
 - Transplantasjon av stort organ
 - Behandling med åpen hjertekirurgi
- For gjeldende begrensninger i forsikringsdekningen henvises det til forsikringsvilkårene. Men kontakt oss gjerne på telefon 800 37 500 dersom du er usikker på om du har krav på erstatning.

Ved mangelfull utfylling vil skjemaet bli sendt i retur.

Vi hos Genworth Financial verdsetter deg som kunde, og har som mål å være så behjelpelige som mulig.

- Det forekommer at vi trenger mer utfyllende informasjon, og vi vil da innhente denne fra din(e) lege(r). En kopi av forespørsel sendes deg
- Dersom ditt krav er berettiget vil vi utbetale en erstatning. Selve utbetalingen vil gå direkte til din långiver som krediterer kontoen din for beløpet. Du vil motta en skriftlig bekreftelse på beløpets størrelse.
- Dersom vi ikke kan imøtekomme ditt forsikringskrav, vil du motta en skriftlig begrunnelse.

Skademeldingsskjemaet kan sendes inn i vedlagte konvolutt, men før du postlegger skjemaet ber vi deg kontrollere følgende:

- at denne veiledningen er lest
- at samtlige deler av skjemaet er utfyllt
- at skjemaet er datert og signert
- at din arbeidsgiver har fylt ut del B, eller at du som selvstendig næringsdrivende har oppgitt organisasjonsnummeret for virksomheten
- din lege har fylt ut del C

**DU MÅ SELV SØRGE FOR DINE BETALINGSFORPLIKTELSE I TIDSROMMET DET TAR Å
BEHANDLE DITT KRAV**

