



SKADE- OG REFUSJONSSKJEMA

Fylles ut av forsikrede/medlem

Forutsetninger for å søke om erstatning/refusjon

- Forsikringen "Øyehelse Basis" omfatter dekning for synsundersøkelse, nye glass i eksisterende innfatning/nye kontaktlinser og ulykkesforsikring.
- Forsikringen "Øyehelse Ekstra" omfatter dekningene nevnt ovenfor, og inkluderer i tillegg refusjon for kostnader til øyelege samt erstatning ved diagnose på kritisk øyesykdom (glaukom/grønn stær).
- For ytterligere informasjon, se vilkårene.

Vedlegg som sendes inn sammen med skademeldingen

Skadeårsak/refusjonstype	Vennligst legg ved
Ulykkesforsikring	<ul style="list-style-type: none">Bekreftelse på varig medisinsk invaliditet fra lege/øyelegeKopi av kvitteringer som dokumentasjon på medisinske behandlingsutgifter
Kostnader for konsultasjon/behandling hos øyelege	Kopi av: <ul style="list-style-type: none">Henvising fra Alliance OptikkKvitteringer for betalte kostnaderKvitteringer for evt. refusjon av reise- og transportkostnader
Kritisk øyesykdom	Kopi av: <ul style="list-style-type: none">Bekreftet og datert førstegangsdagnose fra øyelege.

Opplysninger om den forsikrede (medlemmet)

Navn forsikrede			
Navn medlem (fylles inn hvis forsikrede er under 18 år)			
E-post			
Adresse			
Poststed	Postnummer		
Telefonnummer	Avtalenummer		
Fødsels- og personnummer forsikrede	Kontonummer for utbetaling av erstatning/refusjon		

Skadeårsak/refusjonstype (kryss av)

<input type="checkbox"/> Ulykkesforsikring			
Skadedato		Skadested	
Beskrivelse av hendelsen			
Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Kan du eller andre etter din mening bebreides for skaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Hvis Ja, angi grunn, navn og adresse			



Behandlerens navn og adresse (evt. navn på sykehus)

<input type="checkbox"/> Kostnader for konsultasjons/behandling hos øyelege			
Dato for synsundersøkelse		Totale behandlingsutgifter	
Årsak til henvisning			
Refusjon for transportkostnader			
Navn på hjemsted			
Navn på behandlingssted			
Transportmiddel		Antall km reisevei (tur-retur)	

<input type="checkbox"/> Kritisk øyesykdom (glaukom/grønn stær)*			
Dato for konsultasjon hos øyelege		Dato for endelig diagnose på glaukom/grønn stær	
Behandlerens navn og adresse (evt. navn på sykehus)			

* Ved kritisk øyesykdom må det ha gått minst 3 måneder fra forsikringens startdato til sykdommen (glaukom/grønn stær) har vist symptomer før du kan søke om erstatning.



Tilleggsopplysninger

Fullmakt. Forsikredes (medlemmets) erklæring og underskrift

Erklæring	
Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at jeg mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne forsikringsavtale (jmf. Forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1).	
Fullmakt	
Jeg gir med dette Norsk Forsikring AS og AmTrust International Underwriters Ltd. fullmakt til å innhente de opplysninger som for selskapet anses nødvendige og relevante for å vurdere skadekravet. Denne fullmakt fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt. Alle opplysninger og all dokumentasjon kan viderefremidles til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver og oppgjørsselskap.	
Sted	Dato
Underskrift forsikrede (medlemmet signerer dersom forsikrede er under 18 år)	

Skademelding og nødvendige vedlegg som nevnt ovenfor må snarest sendes til:

**Norsk Forsikring AS
Postboks 1073, Sentrum
0104 OSLO**