



SKADE- OG REFUSJONSSKJEMA

Fylles ut av optiker
(krever signatur fra forsikrede/medlemmet)

Hva forsikringen omfatter

Type forsikring	Synsundersøkelse	Nye glass i eksisterende innfatning / nye kontaktlinser som følger av synsendinger
Øyehelse Basis	Utgifter til synsundersøkelse annethvert år (hver 24. måned)	Utgifter til nye brilleglass/kontaktlinser begrenset oppad til kr 4.000 inkl. mva, per forsikringstilfelle/år.
Øyehelse Ekstra	Utgifter til synsundersøkelse hvert år (hver 12. måned)	Utgifter til nye brilleglass/kontaktlinser begrenset oppad til kr 8.000 inkl. mva, per forsikringstilfelle/år.

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	

Opplysninger om optiker

Alliance Optiker (butikknavn)			
Kontantperson			
Adresse			
Poststed		Postnummer	
E-post		Telefonnummer	

Skadeårsak/refusjonstype (kryss av)

<input type="checkbox"/> Synsundersøkelse			
Dato for synsundersøkelse		Dato for forrige synsundersøkelse	
Kort beskrivelse av undersøkelsen			
Beløp (inkl. mva)			



<input type="checkbox"/> Nye glass/kontaktlinser som følge av synsendring			
Dato for synsundersøkelse		Dato for forrige synsundersøkelse	
Synsendring			
Dioptrier		Cyl	Add
±		±	±
Type glass/kontaktlinser		Beløp (inkl. mva)	

Kontodetaljer (optiker)

Kontonummer		Navn på kontoinehaver	
-------------	--	-----------------------	--

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 viderefremmes til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver og oppgjørsselskap.			
Sted		Dato	
Underskrift forsikrede (medlemmet signerer dersom forsikrede er under 18 år)			



Erklæring (signeres av optiker)

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).			
Sted		Dato	
Underskrift (optiker)			

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

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