

Skademeldingsskjema fylles ut og sendes til NGTF for bekreftelse av dekning, før dette videresendes til Protector Forsikring ASA.

Adresse:

**Norges Gymnastikk- og Turnforbund
0840 OSLO**

1 Opplysninger om Forsikringstaker

Forsikringstaker NORGES GYMNASTIKK- OG TURNFORBUND		Avtalenummer 18858
Tlf 21 02 90 00	Fax 21 02 96 11	Skadenummer
Adresse Sognsveien 75 L	Postnummer / -sted 0855 OSLO	Organisasjonsnummer 970 232 796

2 Opplysninger om Skadelidte

Skadelidtes navn	Personnummer (11 siffer)
Adresse	Telefon
Postnummer / -sted	Kontonummer
Lagets / Foreningens navn	
Adresse	Telefon
Postnummer / -sted	Fax
Er De medlem av norsk folketrygd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvilket trygdekontor hører De til?	Yrke og daglige gjøremål

3 Øvrige forsikringer

Har de ulykkesforsikring i andre selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Selskapets navn
		Forsikringsnummer / Skadenummer

4 Ulykkeskade

Skadedato	Klokkeslett
-----------	-------------

Hvor skjedde skaden:	
Var ulykkeskaden en direkte følge av en trafikkulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, kjøretøyets reg.nr:	
Navn på selskap(ene) kjøretøy(ene) er forsikret i	
Har noen andre forsikringsselskap erkjent ansvar for ulykken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvilke(t) selskap har erkjent ansvar for ulykken?	
Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Politi / lensmannskontor

5 Opplysninger om skadetilfellet

Nøyaktig / utfyllende beskrivelse av hendelsesforløp frem til skaden skjedde. Spesifiser gjerne hvordan og hvorfor skaden oppstod

6 Oppmann / Lagleder / Treners bekreftelse

<input type="checkbox"/> Jeg bekrefter at overnevnte hendelses forløp er korrekt <input type="checkbox"/> Jeg har følgende kommentarer 	Skaden skjedde
	<input type="checkbox"/> På organisert kamp/stevne <input type="checkbox"/> Under trening <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:

Sted	Dato	Underskrift	
Navn m/blokkbokstaver	Adresse	Postnummer	Poststed

7 Leger

Navn og adresse på behandlede leger
Sykehus/øvrige leger
Fastlege

8 Underskrift

- Jeg er inneforstått med at jeg ved å gi bevisst uriktige eller ufullstendige opplysninger mister ethvert erstatningskrav mot Protector Forsikring ASA, jfr. Forsikringsavtaleloven § 18-1.

Dato	Skadelidtes underskrift
	Foresattes underskrift (dersom skadelidte er umyndig)

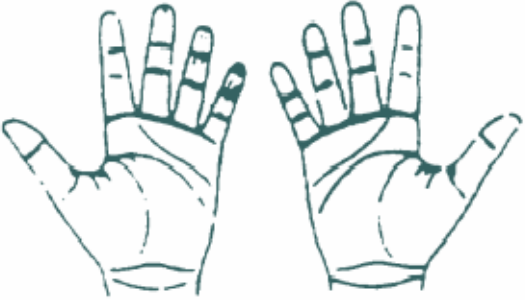
Vedlegg: rekvisjon(er) fra lege (fysioterapi, transport osv.). Originale kvitteringer for betalte utlegg.

Utfylt skademelding leveres behandlende lege for utfylling av legeerklæringen og oversendelse til NGTF for bekreftelse av dekning før videresending til Protector Forsikring ASA:

Norges Gymnastikk- og Turnforbund, 0840 Oslo, Telefon: 21 02 90 00 Telefax: 21 02 96 11

9 Legeerklæring (dersom lege er oppsøkt)

Pasientens navn og adresse	Født dato	Skade dato
Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av Dem. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden.		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Behandlet første gang	Hva består skaden i (populære betegnelser bes brukt)? Angi høyre/venstre	Ev. fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen	
Behandlingen avsluttet dato			
Ved ulykkes skader Foreligger det en ulykkeskade -dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadede vilje?	Har sykdom, sykkelig tilstand eller lignende framkalt skaden eller medvirket til at den inntraff?	Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff?	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Prognose	Er det inntruffet komplikasjoner? Evt. Hvilke?		
Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet?	Hvis ja, vennligst oppgi min. og max. Medisinsk invaliditetsgrad ut fra Sosialdepartementets invaliditetstabell.		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig			

Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør			Pasienten har vært delvis arbeidsufør		
Fra dato	Til dato	Ev. Antatt varighet	Fra dato	Til dato	Ev. Antatt varighet
Merknader					
Dato			Legens underskrift		

Vi er av skatte myndighetene pålagt oppgave plikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber Dem derfor være vennlig å fylle ut de nødvendige opplysninger nedenfor.

Honoraret bes sendt til:	Navn	Honoraret overføres til kontonr.
	Adresse, postnr., poststed	Telefonnr.
Ved direkte utbetaling til lege:	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselsnr. (11 siffer)
	Skattekommune	Trekk % Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende

For behandling må kopi av følgende dokumenter vedlegges:

- Faktura (evt reparasjonsfaktura)
- Annen relevant dokumentasjon

10 Fullmakt

Erklæring om fritak for taushetsplikt

Protector Forsikring ASAs ref: _____

Navn
Adresse
Postnummer / -sted
Fødselsnummer
Skadedato

Undertegnede har meldt personskade til Protector Forsikring ASA. For å kunne behandle saken videre, er det nødvendig for selskapet å innhente nærmere medisinske opplysninger vedrørende min helsetilstand de siste 5 årene før skadedato og frem til dags dato. Formålet med å innhente opplysningene er å danne grunnlag for selskapets vurdering av de helsemessige konsekvenser som følge av skaden.

Fullmakten gjelder (sett kryss):

- A Adgang til å innhente relevante opplysninger fra journaler, epikriser og rapporter samt fullstendige tryggedokumenter. Dersom den som har de taushetsbelagte opplysningene finner det forsvarlig å oversende opplysningene uten redigering, innebærer fullmakten adgang til dette.
- B Adgang til å innhente fullstendig og uredigert kopi av journaler, epikriser, rapporter og tryggedokumenter. (Dersom skadelidte ønsker det, skal journaler sendes direkte til selskapets lege for gjennomgang og videre saksbehandling. Hvis dette ønskes, gi beskjed under rubrikken "andre opplysninger").

Fullmakten gjelder ikke identifiserbare opplysninger om andre enn den som har underskrevet, og heller ikke opplysninger fremkommet ved eventuell genetisk testing (ref. bioteknologiloven).

Saksnummer:

Opplysningene kan innhentes fra:

Sykehus:
Navn:
Adresse:

Lege / legesenter 1:
Navn:
Adresse:

Lege / legesenter 2:
Navn:
Adresse:

Lege / legesenter 3:
Navn:
Adresse:

Fysioterapeut / kiropraktor:
Navn:
Adresse:

Psykolog / psykiater:
Navn:
Adresse:

Ligningskontor:

Eventuelle andre spesifiserte kilder / andre opplysninger:

De angitte kilder / instanser løses med dette fra taushetsplikten tilsvarende denne fullmakten. Skulle selskapet finne det nødvendig med opplysninger utover dette, må det innhentes særskilt fullmakt. De forutsettes at opplysningene oppbevares og behandles konfidensielt av Protector Forsikring ASA.

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake med skriftlig melding til Protector Forsikring ASA.

Sted	Dato	Skadelidtes underskrift