



ALLTID BEREDT

RUTINER I FORBINDELSE MED PERSONSKADER PÅ SPEIDERARRANGEMENT

1. Skademeldingsskjema fylles ut av den skadede eller pårørende og sendes til gruppeleder.
2. Gruppeleder fyller ut «Erklæring om medlemskap» med skadelidtes navn og medlemsnummer, og signerer for å bekrefte at skaden inntraff under aktivitet i regi av Norges speiderforbund.
3. Skademeldingen og erklæringen sendes til Norges speiderforbund (ikke kvitteringer for utlegg).
4. Forbundskontoret bekrefter at skadelidte er medlem av den kollektive forsikringsordningen (har betalt medlemskontingent for inneværende år).
5. Forsikringsselskapet mottar skjemaene fra Norges speiderforbund, og vil eventuelt ta kontakt med den skadelidte eller pårørende ved behov for bekreftelse fra behandler og kvitteringer.

Forsikringen gjelder under organiserte speideraktiviteter som møter, turer, speiderleir etc. i regi av et organisasjonsledd i Norges speiderforbund. Den gjelder også ulykkesskade medlemmet rammes av på direkte vei mellom hjemmet og aktiviteten. Forsikringen gjelder også for prøvespeidere. Forsikringen gjelder i hele verden.

Egenandel på behandlingsutgifter er kr 1000,-.

NORGES SPEIDERFORBUND

Besøksadresse: St. Olavs gate 25, 0166 Oslo | Postadresse: Postboks 6910 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 22 99 22 30 | E-post: nsf@speiding.no | www.speiding.no

Member of the World Organization of the Scout Movement (WOSM) and the World Association of Girl Guides and Girl Scouts (WAGGGS).



ALLTID BEREDT

ERKLÆRING FRA NORGES SPEIDERFORBUND

Skadelidtes navn: _____

Medlemsnummer: _____

Bekreftelse på at skaden inntraff under aktivitet i regi av Norges speiderforbund:

Underskrift gruppeleder: _____

Skadelidte er medlem av Norges speiderforbund og med i den kollektive medlemsforsikringsordningen, med polisenr. 641756

Bekreftelse fra forbundskontoret: _____

NORGES SPEIDERFORBUND

Besøksadresse: St. Olavs gate 25, 0166 Oslo | Postadresse: Postboks 6910 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 22 99 22 30 | E-post: nf@speiding.no | www.speiding.no

Member of the World Organization of the Scout Movement (WOSM) and the World Association of Girl Guides and Girl Scouts (WAGGGS).

Skademelding

Ulykke

Vi ber om at egenerklæringen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Forsikringstaker:		
Navn/organisasjon: Norges Speiderforbund	Kundenummer: 514950	Forsikringsavtale nr: 641756
Adresse:	Telefon:	E-post:
Skadelidte:		
Navn:	Fødselsnummer (11siffer):	Erstatning ønskes overført til konto:
Adresse:	Telefon:	E-post:
Navn på evt. foresatte/verge:	Foresattes/verges telefon:	Foresattes/verges e-post:
Foresattes/verges adresse:	Skadelidtes yrke/stilling:	Skadelidtes trygdekontor:
For hvilke personer gjelder forsikringsavtalen? Medlemmer av Norges Speiderforbund	Skadelidtes medlemsnummer i Norges Speiderforbund?	
Opplysninger om ulykken:		
Når inntraff ulykken? Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde ulykken?	
Skjedde ulykken ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi bilens reg.nr:	Bilens forsikringsselskap:
Skjedde ulykken i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi arbeidsgivers navn og adresse:	
Hvis ulykken skjedde i arbeidet: er den meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kontaktperson og adresse:	
Vennligst gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde og hva skaden består i:		
Når søkte du lege første gang	Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang	
Sykehus opphold <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi politikammer og anmeldelsesnummer	
Har du ulykkesforsikringer i andre forsikringsselskaper? <input type="checkbox"/> Ja, hvilket: <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden meldt dit? <input type="checkbox"/> Hvis ja, oppgi kontaktperson:	<input type="checkbox"/> Nei

Fullmakt

Undertegnede samtykker i at Knif Trygghet Forsikring AS og deres eksterne skadeoppgjørsselskap, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra lege, tannlege, NAV kontor, likningskontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til erstatningskravet.

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------