

Melding om skade

Yrkesskade/-sykdom og ulykkesforsikring

Avtalenr.

Melding og nødvendige attester
sendes til:
Norsk Forsikring AS
Postboks 1073, Sentrum
0104 OSLO

1. Opplysning om forsikringstaker

Forsikringstakers navn	Org. nr
Kontaktperson	Telefon
Adresse og postnr./-sted	Email

Arbeidsgivers (Forsikringstaker) erklæring/underskrift

Vi bekrefter forannevnte opplysninger gitt av forsikringstaker (arbeidsgiver).

Sted/dato	Arbeidsgiver/Forsikringstakers underskrift og stempel
-----------	---

2. Generelle opplysninger

Etternavn, fornavn (skadelidte)	Fødselsnr.	Telefon	Email
Adresse, privat	Post nr./-sted	Yrke/Stilling	Stillingsprosent %
Sivilstatus (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert	Årslønn forrige år (kr)	Lønn utbetalt inntil skadedag	
Ansatt dato/ Dato for inntredelse i forsikringen: <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Selvstendig	Skattekommune	Medlem av NAV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Skadelidte er for tiden <input type="checkbox"/> I arbeid <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> Sluttet, dato: _____	Skadelidte har vært sykemeldt fra: Antatt varighet:	Arbeidstid: <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	
Er forsikringstilfellet omfattet av dekninger i andre forsikringselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi forsikringselskap/forsikringdekning:	Oppgi kontonummer for evt. erstatningsutbetaling/refusjon:		

3. Skadetidspunkt

Skadetidspunkt (dato og klokkeslett)	Skadeadresse
--------------------------------------	--------------

4. Andre opplysninger

Var de i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er de ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?

Er skaden meldt til Politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato:	Politikammer
Er skaden meldt Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato:	Hvor? (kommune)
Er skaden meldt til NAV? NB! Må alltid meldes ved yrkesskade/yrkessykdom. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato:	Hvor? (kommune)

Kopi av meldinger/vedtak/bekreftelser må vedlegges skademeldingsskjemaet.

Bilens reg nr. (Skadelidte)	Bilforsikringsselskap (Skadelidte)	Referanse i selskapet
Bilens reg nr. (Motpart)	Bilforsikringsselskap (Motpart)	Referanse i selskapet

Ved Trafikkulykke (kopi av Skademeldingsskjema motorvogn MÅ sendes inn)

5. Opplysninger om ulykkesskaden

Skadested <input type="checkbox"/> Til/fra arbeid <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder <input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsplass <input type="checkbox"/> Annet arbeidssted <input type="checkbox"/> Fritid	Gjøre mål på ulykkestidspunkt
Oppsto ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiveren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Beskriv hendelsesforløpet utfyllende (hvordan ulykken skjedde og hva som var årsaken til at den oppsto). For ytterligere plassbehov benytt side 4.	
Behandler lege navn og adresse (evt. navn på sykehus)	

6. Opplysninger om sykdommen (når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen)

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens navn, adresse, kommune
Type påvirkning (beskriv)		
Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom? Hvis ja, hvilken sykdom:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når?
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom? Hvis ja, fra hvilket forsikringsselskap	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, for hvilken sykdom?
Har skadelidte hatt sykemeldingsperioder over 2 uker de siste 2 år?		Hvis ja, oppgi antall ganger

Ved sykemelding over 8 uker, må sykemeldingsattest vedlegges

7. Konstatering

Generelle opplysninger ved sykdom

Når ble lege første gang oppsøkt for lidelsen (dato, år)	Legens navn og adresse
Sykehusopphold (oppgisykehus og tidsrom)	Andre behandlende leger (oppgi navn og sted)

Generelle opplysninger ved skade

Skadens art (sett kryss for viktigste skade):

Sår, rift, kutt Tapt legemsdel Forstuing, forvridning Bløtdelsskade uten sår Varmeskade
 Kuldeskade Akutt forgiftning Overbelastning av muskler Hjernerystelse Stråleskade
 Nakkesleng Puls og åndedrettsstans Sjokk Etsing Brudd
 Andre uspesifiserte skader, beskriv:

Skadet kroppsdel (sett kryss for viktigste skade):

Hode, ansikt Øye Tenner Hals, nakke Skulder arm
 Hånd, håndledd Fingre Bryst, mage Rygg Indre organer
 Hofte, bein, kne Ankel, fot Omfattende legemsskade Nervesystem Tær

8. Opplysninger ved dødsfall

Generelle opplysninger ved dødsfall

Dødstidspunkt/-sted	Årsak
Behandlende leges navn og adresse (evt. navn på sykehus)	

Opplysninger om nærmeste pårørende og forsørgelse

Navn (<input type="checkbox"/> Ektefelle <input type="checkbox"/> Samboer)	Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnr:
Adresse		Kontonummer
Navn på barn under 20 år		Fødselsnummer (11 siffer)

Vedlagt følger

Vigselsattest Skifteattest Bekreftelse fra Folkeregisteret for samboer Aldersattest/adopsjonsbevis for barn under 21 år
 Annet, beskriv:

9. Tilleggsopplysninger

Eventuelle tilleggsopplysninger/kommentarer

10. Fullmakt

Jeg gir med dette Norsk Forsikring AS og forsikringsgiver fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling og koordinering av skadesaken.

Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra involverte leger, arbeidsgiver og andre. De som blir bedt om å avgi opplysninger/dokumenter fritas for taushetsplikt.

Alle opplysninger og all dokumentasjon kan videreformidles til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver og oppgjørsselskap.

Skadelidtes navn	Personnummer
Sted/dato	Underskrift

11. Vedlegg

Vedlagt dokumentasjon følger skademelding

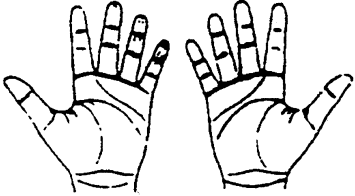
- Kopi av skademelding til Arbeidstilsynet
 Kopi av erklæring fra lege
 Kopi av melding til NAV
 Annen aktuell informasjon

11. Vedlegg

Forsikredes erklæring/underskrift

- 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 og andre forsikringsavtaler i anledning samme hending.
- Jeg er kjent med at en eventuell forsikringsutbetaling vil kunne avhenge av at jeg, eller den som fremsetter kravet, gir forsikringsgiver og oppgjørsselskap de nødvendige fullmakter for innhenting av ytterligere opplysninger.

Sted/dato	Arbeidstaker/forsikredes (skadelidtes) underskrift	Etterlatte ektefelle/samboeres underskrift (kun ved arbeidstakers død)
-----------	--	---

Legeerklæring					
Pasientens navn			Fødselsnummer (11 siffer)		
Boligadresse			Skadedato:		
Postnummer og poststed			Når overtok du behandlingen?		
Pasientens bostedskommune/navn på kommune skadelidte er ansatt i:					
Vi har fått melding om at overnevnte person er tatt under behandling av deg. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.		Førstegangs-erklæring <input type="checkbox"/>	Mellom-beretning <input type="checkbox"/>	Slutt-erklæring <input type="checkbox"/>	Eventuell tidligere sykdom, kronisk lidelse eller skade?
		Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger.			Hva består sykdommen i? (Bruk populære betegnelser, Angi høyre/venstre.)
Behandlet første gang:	Eventuelle fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen.				
Behandling avsluttet:					
Foreligger det en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Har sykdom, sykelig tilstand eller lignende fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?					
Vil skaden kunne føre til livsvarig invaliditet? Dersom ja, vennligst oppgi minimum og maksimum invaliditetsgrad		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig Minimumsgrad: Maksimumsgrad:			
Pasientens helsetilstand i dag?					
Prognose:					
Hensiktsmessig behandlingsopplegg/medikasjon:					

Sykefravær

Skadede var sykemeldt			Skadede var delvis sykemeldt		
Fra dato:	Til dato	Antatt varighet	Fra dato:	Til dato	Antatt varighet
Skadede er pt. <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> I fullt arbeid					

Legens honorar

Forsikringsgiver er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysninger nedenfor.

Honoraret bes sendt til:	Navn:	Telefon	Post-/Bankgironummer
	Adresse:		Organisasjonsnummer
Ved direkte utbetaling til lege:	Skattekommune	Fødselsnummer (11 siffer)	
	<input type="checkbox"/> Næringsinntekt * <input type="checkbox"/> Lønnsinntekt med skattetrekk		
Skatteprosent: _____ %			
* Det vil ikke bli trukket skatt på næringsinntekt, men den vil bli innberettet til likningskontoret (Kode 401 - utbetaling til næringsdrivende)			
* Det vil ikke bli utbetalt honorar dersom ikke aktuelle felter er utfyllt.			

Veiledning til utfylling og saksbehandling

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Norsk Forsikring AS når det foreligger en skade eller sykdom som kan gi rett til erstatning etter vilkårene. Forsikringsdekning fremgår av forsikringsbeviset og arbeidsgivers forsikringsavtale. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning til arbeidet/evt. fritidsulykke som gir rett til erstatning i henhold til gjeldene vilkår.

Hvem skal fylle ut skjemaet?

Arbeidsgiver og arbeidstaker/skadelidte bør i fellesskap fylle ut skjemaet, gjerne ved hjelp av lege. Skadelidte er imidlertid selv ansvarlig for korrekt utfylling og at opplysningene er riktige og gitt så nøyaktige som mulig. Legeerklæring må også fylles ut.

Hva skal fylles ut?

Fyll ut alle relevante felter så fullstendig som mulig. Bruk overskriftene som veiledning. Blir det for liten plass i rubrikkene, bruk feltet på side 4 eller legg ved tilleggsopplysninger på eget ark.

Hva skal legges ved av dokumentasjon?

Legg ved kopi av all dokumentasjon som er tilgjengelig, f.eks bekreftelse på arbeidsforhold, lønnsdokumentasjon, sykemelding, søknad om uførestønad, m.v.

Ved dødsfall må det vedlegges:

- Skifteattest/uskifteattest (om tilgjengelig)
- Vigselsattest eller bekreftelse fra Folkeregisteret for ektefelle/samboer
- Døps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn

Melding til Arbeidstilsynet og/eller NAV

Skaden skal meldes til Arbeidstilsynet og/eller NAV etter gjeldende lover og forskrifter. Kopi av disse meldingene regnes som en del av skademeldingen og skal vedlegges. All dokumentasjon blir behandlet konfidensielt.

Hva med den videre behandlingen?

Når skademeldingene er mottatt vil du motta en skriftlig bekreftelse. Skademeldingen vil bli vurdert og behandlet av forsikringsgiver og/eller samarbeidende skadeoppgjørsselskap. I mange tilfeller må skadebehandler innhente opplysninger fra behandlende lege/sykehus og trygdekontor. Skadeoppgjørsselskapet vil da be om en særskilt fullmakt til å innhente slike opplysninger.

Skadelidte/etterlatte bør ved melding av skade oppbevare kopi av nødvendige dokumenter for egen del.

Skademelding og nødvendige attester sendes til:

NORSK FORSIKRING AS
Postboks 1073 Sentrum
0104 Oslo
E-mail: post@norskforsikring.no
Internettadresse: www.norskforsikring.no