

Melding om personskade

Yrkesskade og ulykke

Avtalenr.

Melding og nødvendige vedlegg
sendes til:
Norsk Forsikring AS
Postboks 165
3571 ÅL

1. Opplysninger om forsikringstaker/arbeidsgiver

Forsikringstakerens/arbeidsgiverens/bedriftens navn		Organisasjonsnummer
Adresse	Postnummer	Poststed
Kontaktperson	Telefonnummer	Epost

2. Opplysninger om skadelidte

Etternavn		Fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse			Postnummer	Poststed
Kontonummer for evt. erstatningsutbetaling/refusjon			Telefonnummer	Epost
Stillingsbetegnelse			Arbeidstid <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	Stillingsbrøk Ansatt siden
Brutto lønn skadeåret	Brutto lønn forrige år	Ansettelsesforhold <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Annet Hvis annet, beskriv		
Sivilstand <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/-mann			Antall barn	

3. Opplysninger om skadested og -tid

Skadetidspunkt (dato og klokkeslett)		Skaden inntraff <input type="checkbox"/> I normal arbeidstid <input type="checkbox"/> Under overtidsarbeid <input type="checkbox"/> På fritiden	
Skadestedets adresse		Skadested <input type="checkbox"/> Til/fra arbeid <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidssted <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder <input type="checkbox"/> Annet arbeidssted/tjenestereise <input type="checkbox"/> Fritid/ikke på arbeidssted	
Postnummer	Poststed		

4. Opplysninger om hendelsesforløpet

Beskriv hvordan ulykken skjedde og hva som var årsaken til at skaden oppstod (Benytt pkt. 11 dersom du trenger mer plass)

5. Opplysninger om skaden

Skadens art (sett kryss for viktigste skade):

- Sår, rift, kutt Tapt legemsdel Forstuing, forvridding 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

6. Medisinsk behandling

Når oppsøkte du første gang lege eller annen medisinsk behandler for skaden?	Dato	Legens/instansens/behandlerens navn og adresse
Hvilke andre leger, sykehus og medisinske behandlere har behandlet deg for skaden?		Legens/sykehusets/behandlerens navn og adresse

7. Andre opplysninger

Var du på ulykkestidspunktet påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi type påvirkning	
Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket politidistrikt?	Anmeldelsesnummer
Er ulykken meldt til NAV? <i>Må alltid meldes NAV ved yrkesskade!</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, er det søkt om menerstatning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykken meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er skaden dekket av andre forsikringer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, i hvilke(t) forsikringsselskap?	
Har du tidligere mottatt erstatning for en ulykkes- eller yrkesskade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, fra hvilke(t) forsikringsselskap?	Angi invaliditetsgrad
Er skaden en trafikkulykke? <i>Hvis ja, må kopi av skademeldingsskjema for motorvogn vedlegges!</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Bilens reg. nr. (Skadelidte)	Bilforsikringsselskap (Skadelidte)	Skadereferanse på personskadesaken
Bilens reg. nr. (Motpart)	Bilforsikringsselskap (Motpart)	Skadereferanse på personskadesaken

8. Skadens konsekvenser

Har skaden medført sykefravær? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> 1 – 14 dager <input type="checkbox"/> 15 dager – 3 måneder <input type="checkbox"/> 3 – 6 måneder <input type="checkbox"/> 6 måneder – 1 år <input type="checkbox"/> Mer enn 1 år			
Jeg er for tiden <input type="checkbox"/> I fullt arbeid <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt	Sykmeldingsgrad	Har skaden medført varig uforhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	Uføregrad
Har skaden medført et inntektstap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke		Hvis ja, hvor mye utgjør tapet?	
Har skaden medført utgifter som ikke kan dekkes av NAV eller andre forsikringsselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke		Hvis ja, oppgi beløp	

9. Opplysninger ved dødsfall

Dødstidspunkt og -sted		Dødsårsak (Pkt. 11 kan benyttes dersom du trenger mer plass)	
Behandlerende leges navn og adresse, evt. navn på sykehus			
Melders navn		Melder er <input type="checkbox"/> Ektefelle <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Livsarving <input type="checkbox"/> Annen	
Melders adresse		Postnummer	Poststed
Melders personnummer	Melders kontonummer	Melders telefonnummer	
Navn på barn under 20 år		Fødselsnummer (11 siffer)	
Melders erklæring/underskrift			
<ul style="list-style-type: none"> 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		Melders underskrift	

10. Vedlegg

- Vigselsattest
 Skifteattest
 Bekreftelse fra Folkeregisteret for samboer
 Aldersattest/adopsjonsbevis for barn under 21 år
 Kopi av skademelding til Arbeidstilsynet
 Kopi av erklæring fra lege
 Kopi av melding til NAV
 Annet, beskriv:

11. Tilleggsopplysninger

Eventuelle tilleggsopplysninger/kommentarer

12. Underskrift og fullmakt

Fullmakt

- Jeg samtykker i at Norsk Forsikring AS, Lloyd's Insurance Company S.A. og utpekt skadeoppgjørsselskap kan innhente nødvendige opplysninger om skaden fra ovennevnte leger, behandlere og helseinstitusjoner som har behandlet meg i forbindelse med skaden jeg søker erstatning for. Jeg samtykker også i at nødvendige opplysninger om skaden kan innhentes fra arbeidsgiver, andre forsikringsselskap og politiet. Jeg fritar samtidig de som blir bedt om å avgi opplysninger og dokumenter fra sin taushetsplikt. Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til Norsk Forsikring AS, Lloyd's Insurance Company S.A. eller skadeoppgjørsselskap.

Jeg samtykker i fullmakten Ja Nei

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 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

Skadelidtes/arbeidstakers (forsikredes) underskrift

Arbeidsgivers erklæring/underskrift (kun ved yrkesskade)

- Vi bekrefter at forannevnte opplysninger er korrekte.

Sted/dato

Arbeidsgiver/Forsikringstakers underskrift og stempel

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.

Kontaktinformasjon

Skademelding og nødvendige vedlegg kan lastes opp via kontakt oss på <https://www.norskforsikring.no/kontakt/> eller sendes i posten.

NORSK FORSIKRING AS

Postboks 165
3571 Ål

www.norskforsikring.no