

Melding om personskade

Yrkessykdom

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 yrkessykdommen

Beskriv sykdommen og diagnosen		
Når oppstod symptomene første gang?	Hvordan er helsetilstanden i dag?	
Er yrkessykdom meldt til NAV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <i>Yrkessykdom skal alltid meldes til NAV</i>	Foreligger vedtak om yrkessykdom fra NAV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Hvis ja, legg ved kopi av vedtaket</i>	Er yrkessykdom meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Hvis Ja, legg ved kopi av meldingen</i>
Hvilke ytelser har du søkt om fra NAV? <input type="checkbox"/> Sykepenger <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/> Uføretrygd <input type="checkbox"/> Menerstatning <input type="checkbox"/> Annet		Hvis annet, beskriv
Er du arbeidsfør i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delvis	Er yrkessykdommen årsak til varig funksjonsnedsettelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

4. Opplysninger om skadelig påvirkning

Oppgi arbeidsgivere, perioder og skadelig eksponering du har vært utsatt for (Pkt. 8 kan også benyttes dersom du trenger mer plass)

Arbeidsgiver	Stillingsbetegnelse	Ansatt fra (måned, år)	Ansatt til (måned, år)	Påvirkningens art

5. Medisinsk behandling

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

6. Opplysninger ved dødsfall

Dødstidspunkt og -sted		Dødsårsak (Pkt. 8 kan benyttes dersom du trenger mer plass)	
Behandlerens 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	

7. 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:

8. Tilleggsopplysninger

Eventuelle tilleggsopplysninger/kommentarer

9. 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

- På vegne av arbeidsgiver bekreftes 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