

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Forsikringstaker/arbeidsgiver					
Forsikringsnr		Org. nr.			
Firmanavn			Kontaktperson		
Adresse			Telefon		
Postnr	Poststed	E-post			
Opplysninger om skadelidt					
Fornavn	Etternavn		Fødselsnr (11 siffer)		
Adresse			Telefon		
Postnr	Poststed	E-post			
Sivilstatus		Årslønn forrige år		Lønn utbetalt inntil skadedag	
<input type="checkbox"/> Gift/partnerskap <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Annet					
Ansatt fra dato	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Selvstendig		Stilling		
Skattekommune	Arbeidstid		Anlegg skadelidte tilhører		
	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="text" value=""/> %				
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					
Skadelidte har vært sykemeldt fra			Antatt varighet		
Kontonr for erstatningsutbetaling/refusjon					
Skade					
Skadetidspunkt (dato og klokkeslett)			Skadested		
Skadens art (sett kryss for viktigste skade)					
<input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt <input type="checkbox"/> Tapt legemsdel		<input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning		<input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår	
<input type="checkbox"/> Brudd					
<input type="checkbox"/> Varmeskade <input type="checkbox"/> Kuldeskade		<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning		<input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler	
<input type="checkbox"/> Etsing					
<input type="checkbox"/> Hjernerystelse <input type="checkbox"/> Stråleskade		<input type="checkbox"/> Nakkesleng		<input type="checkbox"/> Puls og åndedrettsstans	
<input type="checkbox"/> Sjokk					
<input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader (beskriv)		<input style="width: 100%;" type="text"/>			

Skadet kroppsdel (sett kryss for viktigste skade)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hode, ansikt | <input type="checkbox"/> Øye | <input type="checkbox"/> Tenner | <input type="checkbox"/> Hals, nakke |
| <input type="checkbox"/> Skulder, arm | | | |
| <input type="checkbox"/> Hånd, håndledd | <input type="checkbox"/> Fingre | <input type="checkbox"/> Bryst, mage | <input type="checkbox"/> Rygg |
| <input type="checkbox"/> Indre organer | | | |
| <input type="checkbox"/> Hofte, bein, kne | <input type="checkbox"/> Ankel, fot | <input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade | <input type="checkbox"/> Nervesystem |
| <input type="checkbox"/> Tær | | | |

Andre opplysninger

Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol eller andre berusende midler?

-
- Ja
-
- Nei

Hvis ja, hvilke

Har du ulykkesforsikring i annet selskap?

-
- Ja
-
- Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Er skaden meldt til annet selskap?

-
- Ja
-
- Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Er skaden meldt til politiet?

-
- Ja
-
- Nei

Dato

Politikammer

Er skaden meldt til Arbeidstilsynet

-
- Ja
-
- Nei

Dato

Kommune

Er skaden meldt til NAV?

-
- Ja
-
- Nei

Dato

NAV kontor

Ved trafikkulykke (kopi av skademelding for motorvogn må vedlegges)

Bilens reg. nr.

Bilforsikringsselskap

Referanse i bilselskapet

Opplysninger om ulykkeskaden

Skadested

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Til/fra arbeid | <input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsplass |
| <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass | <input type="checkbox"/> Annet arbeidssted |
| <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder | <input type="checkbox"/> Fritid |

Gjøremål på ulykkestidspunkt

Beskriv hvordan ulykken skjedde og hva som var årsaken til at den opptod

Behandlede leges navn og adresse (evt navn på sykehus)

Opplysninger ved yrkessykdom

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen

Fra (måned, år)

Til (måned, år)

Bedriftens navn og adresse, kommune

Beskriv type påvirkning

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilken sykdom

Når?

Har du tidligere fått erstatning for sykdom?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Hvilken sykdom

Konstatering

Når ble lege første gang oppsøkt for lidelsen (dato/år)

Legens navn og adresse

Opplysninger ved dødsfall

Dato for dødsfall

Årsak

Vedlagt følger

Dødsattest fra lege/sykehus

Behandlede leges navn og adresse (evt navn på sykehus)

Opplysninger om nærmeste pårørende og forsørgelse

Ektefelle/reg. partner

Samboer

Annet

Navn

Fødselsnr (11 siffer)

Telefonnr

Adresse

Kontonr

Navn på barn under 20 år

Fødselsnr (11 siffer)

Vedlagt følger:

Vielsesattest

Bekreftelse fra Folkeregisteret for samboer

Annet

Skifte/-uskifteattest

Fødselsattest/adopsjonsbevis for barn under 21 år

Arbeidsgivers (Forsikringstakers) erklæring/underskrift

Vi bekrefter forannevnte opplysninger gitt av forsikringstaker (arbeidsgiver)

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

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 hendelse.

Jeg er kjent med at en eventuell forsikringsutbetaling vil kunne avhenge av at jeg, eller den som fremsetter kravet, gir forsikringsselskapet nødvendige fullmakter for innhenting av ytterligere opplysninger.

Sted og dato

Arbeidstaker/forsikredes (skadelidtes) underskrift

Etterlattes ektefelle/samboers underskrift (kun ved arbeidstakers død)