

## Skademelding – Ervervsuførhet

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 § 8-1.

### Forsikringstaker(arbeidsgiver)

Forsikringsnummer	Organisasjonsnummer	E-postadresse	
Navn	Telefon	Kontaktperson	
Gate/vei	Postnummer	Poststed	

### Opplysninger om skadelidte(arbeidstaker)

Forsikringstakers navn	Personnr. (11 siffer)	
Privat adresse	Postnummer	Poststed
Privat tlf.nr.	Yrke/stilling/stillingsprosent	Bankkontonr.

Sivilstand (sett kryss)

Gift

Samboer

Ugift

Separert

Skilt

Enke/enkemann

### Opplysninger om ervervsuførheten:

Hva skyldes ervervsuførheten?

Sykdom

Ulykke

Oppgi hvilken sykdom/skade du har blitt påført:

Hvis uførheten skyldes en ulykke, gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde (ved behov kan skjemaets bakside benyttes)

Skjedde ulykken ved et biluhell?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi bilens reg.nr. og forsikringsselskap

Skjedde sykdommen/ulykken i yrket?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi hvilket forsikringsselskap du er yrkesskadeforsikret i

Når inntreff sykdommen/ulykken?

Når kontaktet du lege første gang?

Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang

Når ble du sykemeldt første gang?

Oppgi navn og evt. adresse på den lege som sykemeldte deg første gang

Har du vært helt/delvis friskmeldt etter første sykemelding?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi når og i hvilken grad

Har du tidligere (forut for nåværende sykdom/skade) vært ervervsufør? (sykemeldt lenger enn 1 mnd)

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi når og hvilken årsak. Oppgi også navn og adresse på behandlende lege (ved behov kan skjemaets bakside benyttes)

Har du eller vil du søke om uførepensjon fra Folketrygden?

Ja

Nei

Hvis du har søkt når ble søknaden sendt og er den innvilget?

Foreligger det andre forhold som du mener kan være av betydning for selskapets vurdering av erstatningskravet?

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi hvilke (ved behov kan skjemaets bakside benyttes)

**Fullmakt:**

Jeg gir med dette Crawford & Company (Norway) AS på vegne av Ly Forsikring AS eller den de bemyndiger fullmakt til å innhente kopi av journalnotater, epikriser, legeerklæringer fra legevakt, sykehus eller leger som undersøkte og behandlet med/forsikrede i forbindelse med sykdommen, samt trygdeopplysninger eller relevante opplysninger fra annet forsikringselskap.

Fullmakt gjelder (kryss av):

- Jeg gir med dette fullmakt kategori A (redigert journal) som gir fullmakt til innhenting av opplysninger som legen/behandler mener er relevante for de problemstillinger som saken gjelder.
- Jeg gir med dette fullmakt kategori B (komplett journal) som gir anledning til å innhente fullstendig, uredigert kopi av journaler, epikriser, rapporter og forsikrings- /trygdedokumenter.

Dersom Crawford & Company (Norway) AS på vegne av Ly Forsikring AS eller den de bemyndiger, ønsker informasjon fra andre enn de som jeg har opplyst om i denne fullmakten, plikter selskapet å innhente ny fullmakt fra meg.

**Følgende kan kontaktes:**

Fastlege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
NAV-kontor:	Adresse:
Forsikringsselskap:	Adresse:

Eventuelle andre spesifiserte kilder/andre opplysninger:

**Erklæring:**

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning:

Sted og dato:	Underskrift:	Fødselsnummer (11siffer):
---------------	--------------	---------------------------

## Legeerklæring (må alltid fylles ut)

Arbeidsgiver

Pasientens navn

Født dato

Når overok De behandlingen?

Dato Klokkeslett

Adresse

For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden

Første gangs  
erklæring

Mellomberetning

Slutterklæring

Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke  
Allerede avgitte opplysninger.

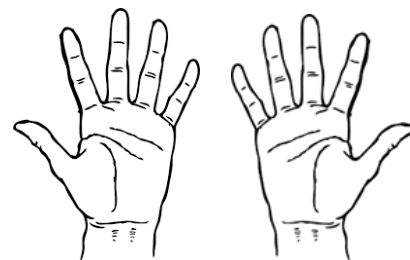
Behandlet første gang

Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn)?

Evt. Fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen.

Første gangs erklæring

Adresse



Hva består skaden i? (Populære betegnelser bes brukt.) Angi høyre/venstre

Foreligger det en ulykkeskade dvs.  
en skade på legement ved en plutselig  
ytre begivenhet uavhengig av den  
skadedes vilje?

Ja  Nei

Har sykdom, sykelig tilstand el.l.  
framkalt skaden eller medvirket til at  
den inntraff?

Ja  Nei

Er skadedes tilstand forverret ved  
sykdom eller svakhet som foreslå før  
skaden inntraff?

Ja  Nei

Var skadede påvirket av alkohol eller  
narkotiske stoffer da skaden inntraff?

Ja  Nei

Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?

Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet?

Nei  Mulig  Ja

Evt. Grad  
.....%

Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet?

Nei  Mulig  Ja

Evt. grad  
.....%

Prognose

Merknader

Lider skadede av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, aopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelighet? Hvilken?

## Sykefravær

Skadede var sykemeldt

Fra:

Til:

Skadede var delvis sykemeldt

Fra:

Til:

Skadede er p.t.

Delvis sykemeldt

Helt sykemeldt

Helt arbeidsufør

I fullt arbeid

Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorar 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 felter nedenfor.

Honoraret  
bes sendt  
til:

Navn

Honoraret sendes over

Bankgiro

Postgiro

Kontonr.

Adresse

Telefonnr.

Ved  
direkte  
utbetaling  
til lege:

Selvstendig næringsdrivende

Ja  Nei

Fødselsnr. (11 siffer)

Skattekommune

Trekk

%

**Gjelder ikke selvstendig  
næringsdrivende**

## Returadresse:

Ly Forsikring ASA  
Åsmarkvegen 2  
2390 Moelv

## E-post:

skade@lyforsikring.no

## Telefon:

62 80 99 99