

Skademelding – Yrkeskadeforsikring

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

Forsikringsnummer	Organisasjonsnummer	Avsenders stilling/tittel	
Navn	Telefon	E-postadresse	
Gate/vei	Postnummer	Poststed	
Har arbeidsgiveren dekket yrkeskadeforsikring gjennom foreningsmedlemskap? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		I tilfelle ja, hvilken forening?	
Arbeidsgivers signatur			

Opplysninger om skadelidte

Forsikringstakers navn		Personnr. (11 siffer)	
Privat adresse		Postnummer	Poststed
Privat tlf.nr.	Yrke/stilling	Bankkontonr.	
Sivilstand (sett kryss) Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/>			
Antall barn	Navn/fødselsdato		

Arbeidsforhold (opplysningene gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunktet)

Ansatt dato	Ansettelsesforhold Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig <input type="checkbox"/>		
Hvis annet, beskriv			
Arbeidstid Under 10 timer pr uke <input type="checkbox"/> Øvrig deltid <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/>		Arbeidstakerens brutto inntekt året før skaden	

Andre opplysninger

Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. medisiner? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er ulykken meldt til Arbeidstilsynet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Er ulykken meldt til politiet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, til hvilken politimyndighet?
Er ulykken meldt til Rikstrygdeverket? (Kopi av melding vedlegges) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ved hvilket trygdekontor er De registrert?
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilket selskap?
Er skaden meldt til annet selskap? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilket selskap?

Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret

Dokumenteres ved original-kvitteringer kr

Ved trafikulykke, oppgi partenes navn, bilnummer, forsikringsselskap og skadenummer

Ulykke/Yrkesskade

Skadetidspunkt og skadested

Når inntraff skaden?

Dato

Klokkeslett

Oppstod ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiveren?

Ja

Nei

Hvor skjedde ulykken?

På vanlig arbeidsplass

Annet område på arbeidsstedet

På vei mellom arbeidssteder

På vei til og fra arbeidsstedet

Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise

Privat ærend i arbeidstiden

Fritid

Adresse

Hendelsesforløpet

Gjøre mål på ulykestidspunkt

Beskriv hendelsesforløpet herunder hva som faktisk skjedde og hva som var årsak til at skaden kunne oppstå

Yrkessykdom – når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra (måned, år)

Til (måned, år)

Bedriftens navn

Type næring

Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom? Ja Nei

Hvis ja, hvilken sykdom?

Når?

Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom? Ja Nei

Hvis ja, for hvilken sykdom?

Hvis ja, fra hvilket forsikringsselskap?

Konstatering

Når oppsøkte skadelidte lege første gang for lidelsen?

Legens navn

Legens adresse/eventuelt sykehus

Skadens art (sett kryss for viktigste skade)

Bløtdelsskade uten sår

Akutt forgiftning

Sår, rift, kutt

Overbelastning av muskler

Tapt lemsdel

Hjernerystelse

Forstuing, forvridning

Whiplash (nakkesleng)

Brudd

Stråleskade

Varmeskade

Sjokk

Kuldeskade

Puls- og åndedrettsstans

Etsing

Andre og uspesifiserte skader

Død av skaden – i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)

Hvilken kroppsdel er skadet? (sett kryss for viktigste skade)

Hode, hals

Rygg

Øye

Ankel, fot

Tenner

Omfattende legemsskade

Skulder, arm

Nervesystem

Hånd, håndledd

Udefinert, annen skade

Fingre

Bryst, mage

Indre organer

Fullmakt ved personskade

Forsikringsselskapet gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, trygdekontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til mitt erstatningskrav.

Skadelidtes navn

Underskrift

Sted og dato

Underskrift

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.

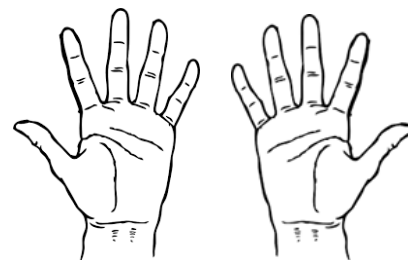
Behandlet første gang

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 e.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 AS
c/o Crawford & Company (Norway) AS
Postboks 133
1300 Sandvika**E-post:**

skade@lyforsikring.no

Telefon:

61 10 05 00