



Skademelding

Yrkesulykke/yrkessykdom/annen ulykke/annen sykdom

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.

Opplysninger om forsikringstaker

| | | |
|-------------------|--------------------|-------------|
| Forsikringsnummer | Arbeidsgivernummer | Kundenummer |
| Navn | | Telefon |
| Adresse | | |
| Virksomhetens art | | |

Opplysninger om skadelidte

| | | | |
|---|---------------|---------------------------------------|----------|
| Navn | | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| Privat adresse | | Telefon privat | Mobil |
| Yrke/stilling | Skattekommune | Kontonummer | |
| Antatt årslønn skadeåret | E-postadr. | | |
| Sivil status (kryss av) | | Medlem av folketrygden | |
| Ugift | Samboer | Gift | Separert |
| Forsørgelsesbyrde (oppgi antall barn og barnas fødselsår) | | Ja | Nei |
| Antall barn | Født | Andre personforsikringer i Gjensidige | |

Arbeidsforhold

| | | | | |
|----------------------------------|--------------|----------------|--------------|---|
| Erfaring i stillingen (kryss av) | | | | |
| Mer enn 5 år | 1-5 år | 1/2 til 1 år | Under 1/2 år | |
| Ansettelsesforhold (kryss av) | | | | |
| Fast | Midlertidig | Selvstendig | Sesong | Annet: <input type="text"/> |
| Arbeidstid pr uke | | | | |
| Full tid | Øvrig deltid | Under 10 timer | | Hvis deltid angi stillingsprosent: <input type="text"/> |
| Arbeidstidsordning (kryss av) | | | | |
| Vanlig dagtid | | Skiftarbeid | | Overtid |
| Lønnsform (kryss av) | | | | |
| Fast lønn | | Akkord | | Ulønnet |

Skadens omfang

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------|------------|-------------------|---|--------------|-----------|
| Sykefravær (kryss av) | | | | | | |
| 0 dager | 1-3 dager | 4-14 dager | 14 dager-90 dager | 3 mnd-6 mnd | 6 mnd-12 mnd | Over 1 år |
| Konsekvens (kryss av) | | | | Vil skaden medføre livsvarig invaliditet? | | |
| Ikke varig ufør | Ikke ufør | Varig ufør | Død | Ikke fastsatt | Ja | Nei |
| | | | | Ja | Nei | Mulig |

Administrativt

| | | | |
|---|-----|---------------|----------|
| Navn på behandlende lege | | Evtnt sykehus | |
| Adresse | | Telefon | |
| Er tilfellet meldt politiet? | | Meldt av hvem | Når/dato |
| Ja | Nei | | |
| Til hvilket politikammer/lensmannskontor? | | | |
| Meldt til arbeidstilsynet? | | Meldt av hvem | Når/dato |
| Ja | Nei | | |
| Meldt som yrkesskade til NAV? | | Meldt av hvem | Når/dato |
| Ja | Nei | | |

Yrkesulykke/annen ulykke (Denne siden fylles kun ut ved ulykke)

Husk å legge ved kopi av meldingen til NAV/Arbeidstilsynet ved yrkesskade

Skadetidspunkt

| | | |
|------|-------------|------------------------------|
| Dato | Klokkeslett | Skaden skjedde ved biluhell? |
| | | Ja Nei |

Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier

Skadested

På vanlig arbeidsplass/håndverker på oppdrag

Annet område på arbeidssstedet

På vei mellom arbeidsssteder

Arbeid annet sted enn vanlig arbeidsssted/tjenestereise

Privat ærend i arbeidstiden

På vei til/fra arbeidet

Fritid

Annet, beskriv:

Skadestedets adresse

Postnr

Poststed

Gjørsmål på ulykkestidspunktet

Bruk av vern av betydning for skadetilfellet

Ble personlig verneutstyr brukt?

Ja Nei

Hvis ja, –angi hva slags

Var maskiner/utstyr sikret på noen måte?

Ja Nei

Hvis ja, –angi hvordan

Fungerte vernet/sikringen som forventet?

Ja Nei

Hvis nei, –hvorfor ikke

Var du påvirket av berusende eller bedøvende middel?

Ja Nei

Beskriv hendelsesforløpet – Herunder hvordan ulykken faktisk skjedde og hva som var årsaken til at skaden kunne oppstå

Skadens art (Sett kryss for viktigste skade)

Bløtdelsskade uten sår

Sår, rift, kutt

Tapt lemedel

Forstuing, forvridding

Brudd

Varmeskade

Kuldeskade

Etsing

Akutt forgiftning

Overbelastning av muskler

Hjernerystelse

Whiplash (nakkesleng)

Stråleskade

Sjokk

Puls og åndedrettsstans

Andre og uspesifiserte skader

Hvilken kroppsdelt er skadet

Hode, hals

Øye

Tenner

Skulder, arm

Hånd, händledd

Fingre

Bryst, mage

Indre organer

Rygg

Hofte, bein, kne

Ankel, fot

Omfattende legemsskade

Nervesystem

Annen skade, beskriv:

Ved dødsfall vedlegges:

Dødsattest

Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4)

Dato

Forsikringstakers underskrift

Skadelidtes underskrift

Yrkessykdom (denne siden fylles kun ut ved sykdom)

Husk å legge ved kopi av meldingen til NAV/Arbeidstilsynet

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen

| Fra (måned, år) | Til (måned, år) | Bedriftens navn | Adresse | Type næring | Type påvirkning (stoffer, faktorer) |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------|-------------|-------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Hva lider skadelidte av? (Diagnose)

Konstatering

Når oppsøkte skadelidte første gang lege for lidelsen?

Legens navn

Adresse

Evt. sykehus

Annen sykdom enn yrkessykdom

Årsaken til ervervsuførhet

Inntraff dato

Sykepenger opphørte

Arbeidstakeren har vært arbeidsufør i tiden:

F.o.m. dato

T.o.m. dato

I denne tiden har arbeidstakeren:

F.o.m. dato

T.o.m. dato

Ikke arbeidet

Utført annet arbeid

Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid

%

F.o.m. dato

T.o.m. dato

Ikke arbeidet

Utført annet arbeid

Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid

%

F.o.m. dato

T.o.m. dato

Ikke arbeidet

Utført annet arbeid

Delvis utført sitt vanlige arbeid med arbeidstid

%

Underskrift

Ved dødsfall vedlegges:

Dødsattest

Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4)

Dato

Forsikringstakers underskrift

Skadelidtes underskrift

Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Gjensidige Forsikring ASA Postboks 276, 1326 Lysaker snarest når det foreligger skade eller sykdom som kan gi rett til erstatning. Erstatning kan ytes for sykdom/skade som medfører:

- utgifter og eller/inntektstap
- ervervsufør
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

NB! Gjensidige Forsikring ASA ønsker å være en aktiv medspiller i rehabiliteringsprosessen. I den anledning er det av stor betydning at skader og sykdommer meldes så tidlig som mulig til selskapet, senest ved sammenhengende sykmelding i 8 uker. (Sykmelding II)

Hvem skal fylle ut skadeskjemaet?

Arbeidsgiver, eller en representant for denne, og arbeidstaker bør i fellesskap fylle ut skjemaet, gjerne med hjelp av lege.

Hva skal fylles ut?

Skjemaet består av 4 sider. Den første siden fylles alltid ut.

Side 3 fylles ut ved yrkesskade og annen ulykkesskade.

Side 4 fylles ut ved yrkessykdom eller annen sykdom.

Der det er avkrysningsmuligheter, skal det alltid settes ett kryss.

Blir det for liten plass i rubrikken, så legg ved eget ark.

Melding til Arbeidstilsynet og/eller NAV

Yrkesskaden eller sykdommen skal meldes disse instansene etter gjeldende lover og forskrifter og kopi av meldingen vedlegges. Kopien er å regne som en del av skademeldingen.

Verneutstyr/verneinnretning

Det er først og fremst opplysninger om utstyr av betydning for skadetilfellet det spørres etter, f.eks. briller ved øyeskade, deksel ved klemskade og lignende.

Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

- dødsattest
- vigselsattest
- dåps- eller fødselsattest for erstatningsberetigede barn
- skifteattest

Avhengig av den enkelte sak vil også andre dokumenter kunne være av betydning.