

## SKADEMELDING

### Yrkesskade/Yrkessykdom Personalulykke fritid

Vi ber om at skademeldingen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Kundennummer:	Forsikringsavtalenummer:	Skadenummer:
---------------	--------------------------	--------------

Arbeidsgiver (forsikringstaker):			
Arbeidsgivers navn:		Kontaktperson:	Org.nr (må fylles ut):
Adresse:		Telefon:	Mobil: Faks:
Postnr:	Poststed:	E-post:	
Arbeidsforhold:			
Ansettelsesforhold:	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Annet(beskriv):	<input type="checkbox"/> Midlertidig	<input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig
Arbeidstid:	<input type="checkbox"/> Full stilling	<input type="checkbox"/> Deltid: angi stillingsprosent: _____	<input type="checkbox"/> Under 10 timer pr.uke
Ansatt dato:		Tariffavtale: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – I tilfelle hvilke(n):	
Ved død - foreligger det gruppelevsforikring:		Arbeidsgivers signatur:	

Skadelidte:			
Skadelidtes navn:		Fødselsnr (11siffer):	Kontonr:
Privat adresse:		E-post:	Yrke/stilling:
Postnr/-sted:	Telefon:	Skattekommune:	NAV-kontor:
Antatt årslønn skadet året:	Årslønn forrige år:	Lønn utbetalt i år inntil skadedag:	Bruttoinntekt året før skaden:
Sivilstand:	<input type="checkbox"/> Gift/reg. partner <input type="checkbox"/> Skilt	<input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann	<input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Samboer
Antall barn:	Navn/fødselsdato:		
Andre opplysninger:			
Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, vennligst beskriv:			
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja – Oppgi selskap:		Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – Oppgi selskap:	
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr (regnr): <input type="checkbox"/> Ja		Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – Til hvilken politimyndighet:	
Er ulykken meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Er ulykken meldt til Rikstrykdeverket? (Kopi av melding vedlegges): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Ved hvilket NAV-kontor er De registrert:		Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret, dokumenteres ved original-kvitteringer	
<b>A) Yrkesskade/-ulykke:</b>			
Skadetidspunkt: Dato:                               Klokkeslett:		Hvor skjedde skaden/ulykken?	
<b>Skadested:</b> (sett kryss)			
<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet område på arbeidstedet	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidsteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidsted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidstedet	<input type="checkbox"/> Fritid	<input type="checkbox"/> Annet
Beskriv hvordan skade/ulykken skjedde og hva som var årsaken til at skaden oppstod (ved behov legg ved utfyllende forklaring):			
<b>B) Yrkessykdom:</b>			
Når skjedde den skadelige påvirkningen? Fra dato:                            Til dato:		Hvor skjedde den skadelige påvirkningen?	
Har skadelidte tidligere hatt eller blitt behandlet for samme eller lignende sykdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis Ja – hvilken sykdom:	Når:
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom:		Hvis Ja – hvilken sykdom:	Når:
Redegjør for yrkessykdommens art og hvordan sykdommen/skaden oppstod:			
<b>Felles for A) og B) - Konstatering</b>			
Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen ?		Legens navn:	
Legens adresse/eventuelle sykehus:			
<b>Skadens art :</b> (sett kryss for viktigste skade)		<b>Hvilken korpsdel er skadet:</b> (sett kryss på viktigste skade):	
<input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår	<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning	<input type="checkbox"/> Hode, hals	<input type="checkbox"/> Rygg
<input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt	<input type="checkbox"/> Overbelastning av muskel	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Ankel, fot
<input type="checkbox"/> Tapt lemsdel	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> omfattende legemsskade
<input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning	<input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Skulder, arm	<input type="checkbox"/> Nervesystem
<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Hånd, håndledd	<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade
<input type="checkbox"/> Varmeskade	<input type="checkbox"/> Sjokk	<input type="checkbox"/> Fingre	
<input type="checkbox"/> Kuldeskade	<input type="checkbox"/> Puls og åndedrettsstans	<input type="checkbox"/> Bryst, mage	
<input type="checkbox"/> Etsing	<input type="checkbox"/> Andre uspesifiserte skader	<input type="checkbox"/> Indre organer	
<input type="checkbox"/> Død av skaden – i så fall vedlegges: Dødsattest/sifteattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)			

Sted og dato:	Underskrift:

## Fullmakt:

Jeg gir med dette Knif Trygghet Forsikring AS og deres skadeoppgjørsselskap Crawford & Company (Norge) AS fullmakt til å innhente kopi av journalnotater, epikriser, legeerklæringer fra legevakt, sykehus eller leger som undersøkte og behandlet meg/forsikrede i forbindelse med sykdommen, samt trygdeopplysninger eller relevante opplysninger fra annet forsikringselskap.

Fullmakten 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- /tryggedokumenter.

Dersom Knif Trygghet Forsikring AS eller deres skadeoppgjørsselskap Crawford & Company (Norge) AS 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:

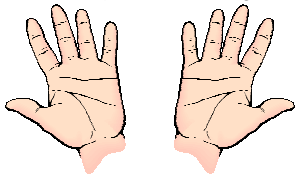
Fastlege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
NAV-kontor:	Adresse:
Likningskontor:	Adresse:
Forsikringsselskap:	Adresse:
Andre spesifiserte kilder /andre opplysninger:	

## 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 (11 siffer):
---------------	--------------	----------------------------

**LEGEERKLÆRING:**

<b>Forsikringstaker (DETTE FELTET MÅ FYLLES UT)</b>			Forsikringstakers kundenummer:		Skadenummer:
Pasientens navn:			Fødselsnummer (11 siffer):		Skadedato ( <b>MÅ FYLLES UT</b> )
Adresse			Telefon privat:		Telefon arbeid:
<b>Opplysninger om skaden:</b>					
Behandlet første gang, dato/år			Behandlet første gang, dato/år		
Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn og adresse)			Når overtok De behandlingen?		
Erklæringen gjelder (ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger): <input type="checkbox"/> Første gangs erklæring <input type="checkbox"/> Mellomberetning <input type="checkbox"/> Slutterklæring					
Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av Dem. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.					
Hva består skaden/sykdommen i (populær betegnelse bes brukt)				Evt fingeramputasjon bes inntegnet på skissen.	
					
Er det inntruffet komplikasjoner – evt hvilke?			Prognose:		
Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> .....%			Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> .....%		
Foreligger det ulykkesskade – dvs en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Har sykdom, sykkelig tilstand el.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Er skaden forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Lider skadelidte av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelig? Hvilken?					
Skadede var sykmeldt Fra:                      Til:                      Evt. antatt varighet:			Skadede var delvis sykmeldt Fra:                      Til:                      Evt. antatt varighet:		
Merknader:					
Sted og dato:			Legens underskrift:		
Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer 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 opplysningene nedenfor.					
Honoraret bes sendt til:		Navn:		Kontonr:	
		Adresse, Postnr., poststed			
Ved direkte utbetaling til lege		Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Fødselnr (11 siffer):	
		Skattekommune		Trekke      %	
<b>GJELDER IKKE SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE</b>					

# Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

## Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Knif når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytting til arbeidet/evt. fritid som medfører:

- arbeidsuførhet (tapt inntekt, tap i fremtidig erverv)
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

## Hvordan skal skjemaet utfylles?

Skadelidte fyller ut side 1 og side 2, gjerne i samarbeid med arbeidsgiver. Opplysningene bekreftes av arbeidsgiver og skadelidte. Legeerklæring må også fylles ut.

## Forklaring til enkelte punkter

Med *samboer* menes:

- person som sikrede har levd sammen med i ekteskapslignende forhold, hvis det fremgår i Folkeregisteret at vedkommende har hatt samme bopel som sikrede i de siste 2 år, eller det på annen måte godtgjøres at det ekteskapslignende forholdet har vedvart i de siste 2 år eller
- person som har felles bopel og felles barn med sikrede.

Dette gjelder likevel ikke dersom det på det tidspunkt for forsikringstilfellet inntrådte forelå forhold som var til hinder for at lovlig ekteskap kunne inngås.

## Melding til Arbeidstilsynet og/eller Rikstrygdeverket

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

## Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av

- dødsattest
- vigselattest
- dåps- eller fødselattest for erstatningsberettigede barn
- skifteattest eller annen offentlig dokumentasjon over erstatningsberettigede
- for samboere: utskrift fra folkeregisteret

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