

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.

Kundenummer:	Forsikringsavtalenummer:	Skadenummer:
--------------	--------------------------	--------------

Arbeidsgiver (forsikringstaker):			
Arbeidsgivers navn:		Kontaktperson:	Org.nr (må fylles ut):
Adresse:		Telefon:	
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 så tilfelle hvilke(n):	
Ved død - foreligger det gruppelevsforsegling: Nei Ja		Arbeidsgivers signatur:	

Skadelidte:			
Skadelidtes navn:		Fødselsnr (11siffer):	Kontonr:
Privat adresse:		E-post:	Yrke/stilling:
Postnr/-sted:	Telefon:	Skattekommune:	NAV-kontor:
Antatt årslønn skadeåret:	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 på barn:		
Andre opplysninger:			
Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, vennligst beskriv:			
Er du 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 NAV? (Kopi av melding vedlegges): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Ved hvilket NAV-kontor er du registrert:	Behandlingsutgifter, ikke dekket av NAV, dokumenteres ved original-kvitteringer		
A) Yrkesskade/-ulykke:			
Skadetidspunkt:	Hvor skjedde skaden/ulykken?		
Dato:	Klokkeslett:		
Skadested: (sett kryss)			
<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsstedet	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidsstedet	<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) Yrkessykdom:			
Når skjedde den skadelige påvirkningen?	Hvor skjedde den skadelige påvirkningen?		
Fra dato:	Til dato:		
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: Ja Nei	Hvis Ja – hvilken sykdom:	Når:	
Redegjør for yrkessykdommens art og hvordan sykdommen/skaden oppstod:			
Felles for A) og B) - Konstatering			
Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen ?	Legens navn:		
Legens adresse/eventuelle sykehus:			
Skadens art : (sett kryss for viktigste skade)	Hvilken kroppsdel er skadet: (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, hånledd	<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- /trygdedokumenter.

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:

Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Knif Trygghet når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning 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.

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 NAV

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.