

SKADEMELDING

For uførekapital/annen sykdom

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Organisasjonsnr.	Forsikringsbevisnr.
Arbeidssted		
Adresse		Tlf.nr.
Arbeidsgivers signatur		

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

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

ARBEIDSFORHOLD (opplysningen gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunktet)

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

ANDRE OPPLYSNINGER

Var de i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. Medisiner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykke meldt til politiet? Hvis ja, hvilken politimyndighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringsselskap og skadenr.	Ved hvilket trygdekontor er De registrert? Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret dokumenteres ved original-kvitteringer kr.....

1. ULYKKESSKADE

Dato	Klokkeslett
------	-------------

SKADESTED

<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet området på arbeidssted	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Private ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidsstedet	<input type="checkbox"/> Fritid	
Hvor skjedde ulykke?			
Oppsto ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiver? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

GJØREMÅL PÅ ULYKKESTIDSPUNKT

Dato	Klokkeslett
------	-------------

BESKRIV HENDELSESFORLØPET

- Herunder hva som faktisk skjedde og hva som var årsak til at skaden kunne oppstå (legg ved egen forklaring ved behov)

--

2. SYKDOM

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens/kommunens navn	Type næring
Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, fra hvilken forsikrings-selskap?	Hvis ja, for hvilken sykdom?

1 og 2 KONSTATERING

Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen?	Legens navn
Legens adresse/eventuelt sykehus	

SKADENS ART (sett kryss for viktigste skade)		Hvilken kroppsdel er skadet (sett kryss for viktigste skade)	
<input type="checkbox"/> Bløtdelsskader 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 muskler	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Ankel, fot
<input type="checkbox"/> Tapte 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 og uspesifiserte skader	<input type="checkbox"/> Indre organer	
<input type="checkbox"/> Død av skaden – i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)			

FULLMAKT VED PERSONSKADE

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

Skadelidtes navn	Personnr.
------------------	-----------

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

Når skal skjema brukes?

Skademeldingsskjema skal sendes til Norwegian Underwriting Agency AS når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i fritid som medfølger:

- Arbeidsuførhet/tapt inntekt, tap i fremtidig erverv
- Varig medisinsk invaliditet

Hvordan skal skjema brukes?

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

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

Skjema sendes til: Norwegian Underwriting Agency AS
Rådhusgata 23, 0158 OSLO
Tlf: + 47 06185 * epost: post@norua.com