

## Skademeldingsskjema – person

### Gjelder for ulykesskade, yrkesskade, sykdom/ uførhet og død

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. forsikringsavtalelovens § 8-1.

1. Navn på forsikringstaker/ arbeidsgiver	2. Forsikringsavtalenummer	3. Sivilstatus	4. Stilling
5. Forsikredes navn (den skadde/syke/avdøde)	6. Fødselsnr (11 siffer)	7. Kontonummer for eventuell erstatning	
8. Adresse	9. Postnummer/ poststed		10. Telefon dagtid
11. E-postadresse	Bruk av e-post vil alltid være forbundet med en viss risiko. Dokumentasjon som sendes pr. e-post kan komme uvedkommende i hende pga. feilsending, hacking og lignende. Opplysninger om helse eller straffbare forhold er sensitive opplysninger som selskapet ikke sender pr e-post.		<input type="checkbox"/> Jeg ønsker kun skriftlig informasjon om dekning og fremdrift i saken

12. Hva har skjedd:	<input type="checkbox"/> Dødsfall → gå til pkt. 13	<input type="checkbox"/> Ulykke → gå til pkt. 22	<input type="checkbox"/> Sykdom → gå til pkt. 32
---------------------	--	--	--

Opplysninger om dødsfallet:	13. Når skjedde dødsfallet? (dato)	14. Avdøde var (gjelder ikke private forsikringer) <input type="checkbox"/> fast ansatt/medlem <input type="checkbox"/> ektefelle/samboer av fast ansatt/medlem <input type="checkbox"/> barn av fast ansatt/medlem
15. Avdødes nærmeste pårørende (etternavn, fornavn)	16. Adresse	
	17. Postnummer/ sted	
18. Slektskapsforhold	19. Erstatningsberettigedes kontonr.	20. Kopi av følgende dokumenter vedlegges: <input type="checkbox"/> dødsattest <input type="checkbox"/> skifte/uskifteattest <input type="checkbox"/> erklæring fra skifteretten
21. Årsak til dødsfallet:	<input type="checkbox"/> Ulykke → fyll ut pkt. 22-30	<input type="checkbox"/> Sykdom → fyll ut pkt. 32-34

Opplysninger om ulykken:	22. Ulykkesdato/klokkeslett	23. Hvor skjedde ulykken:	24. Oppsto ulykken under lønnet arbeid hos forsikringstaker? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	
25. Skjedde ulykken under påvirkning av alkohol/narkotika/medisiner? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	26. Er ulykken meldt politi/arbeidstilsyn? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA → oppgi navn på instans:		27. Er ulykken en trafikkulykke? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	28. Foreligger ulykkesforsikring i annet selskap? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA → oppgi hvilke selskap:
29. Gi en utfyllende beskrivelse av hendelsesforløpet, årsaken til ulykken og skadens omfang (benytt gjerne eget ark/baksiden) -Kunne ulykken vært unngått, og i tilfelle på hvilken måte? -Kan noen bebreides for ulykken, og i tilfelle hvem? -Var det vitner til ulykken, og i tilfelle hvem?				
30. Er du arbeidsufør som følge av ulykken? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA → oppgi dato for 1. sykemeldingsdag..... Ved sykeavbrudd/sykelønnsforsikring: Kopi av sykemeldingsattest MÅ vedlegges			31. Er du innvilget varig uførepensjon/andre ytelser fra NAV? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA → Kopi av vedtak bør vedlegges	

Opplysninger om sykdommen:	32. Oppgi diagnose/beskrivelse av sykdommen:	
33. Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle sykdommen (dato)		34. Når viste sykdommen de første symptomer (dato)
35. Har sykdommen ført til sykemelding? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA Ved sykeavbrudd/sykelønnnsordning må kopi av sykemeldingsattest vedlegges		36. Oppgi dato for sykemeldingsperiode(r):
37. Er sykdommen yrkesrelatert? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA		38. Er du innvilget uførepensjon/andre ytelser fra NAV? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA→Kopi av vedtak bør vedlegges – se info nedenfor

### Fullmakt Møretrygd Gjensidig Forsikring

Selskapet forbeholder seg retten til å gi våre tilknyttede rådgivere innsyn i innhentede og mottatte opplysninger. Undertegnede samtykker til at Møretrygd Gjensidig Forsikring kan innhente nødvendige opplysninger fra leger, trygdekontor, offentlige myndigheter og andre forsikringsselskaper.

39. Underskrift	
<p>-----</p> <p style="text-align: center;">Sted/dato</p>	
<p>-----</p> <p style="text-align: center;">Underskrift</p>	

Eventuelt utfyllende opplysninger:
------------------------------------

Skademeldingsskjemaet skal sendes Møretrygd Gjensidig Forsikring, Postboks 98 Sentrum, 6001 Ålesund snarest når det foreligger skade eller sykdom som kan gi rett til erstatning.

### Melding til Arbeidstilsynet og 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.

### Spørsmål 38 - Informasjon ved søknad om uføreerstatning

*Jeg er kjent med og samtykker i at:*

Møretrygd foretar registrering i Register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF) i forbindelse med søknad om uføreerstatning. Registeret benyttes av forsikringsselskaper tilknyttet Finansnæringens Hovedorganisasjon for å sikre at opplysningsplikten overholdes. Det er full innsynsrett i registeret etter personopplysningslovens § 18 jfr. § 23, og forsikrede som ønsker innsyn i registrerte opplysninger kan henvende seg til forsikringsselskapet eller Finansnæringens Hovedorganisasjon.

### Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

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

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