

Skademelding



Tap av lott Ved sykdom og/eller skade

Opplysninger om forsikringstaker

Rederiets navn	Fartøyets navn:
Adresse	Telefon nr.
Kontonr.	

Opplysninger om skadelidte

Navn	Fødselsnummer. (11 siffer)	
Adresse	Kommune	Telefon
Postnr	Poststed	
Sykemeldt fra	Sykemeldt til	
Har vedkommende vært sykemeldt for det samme i løpet av de siste 12 måneder og fått utbetalt erstatning for tapt lott? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvis ja må legeerklæring på baksiden fylles ut av behandlende lege		
Legens navn og adresse		
Erklæring fra den sykemeldte: Jeg samtykker herved i at min lege på anmodning meddeler assurandøren opplysninger om min helbred, og at mitt trygdekonto gir opplysninger om mottatt stønad.	Underskrift fra den sykmeldte	
Beregnet tapt lott i sykemeldingsperioden		
Mottatt brutto sykepenger		
Eventuelt andre opplysninger		

Legg ved kopi(er) mannskapsoppgjør, alle sykemeldinger og utbetalinger av sykepenger fra trygdekontoet.
Alle kolonner må fylles ut for at tap av lott skal kunne beregnes. Baksiden fylles ut av behandlede lege.

Dato/sted	Underskrift Reder/skipper
-----------	---------------------------

Legeerklæring

Pasientens navn og adresse	Født dato	Skadedato
Er De pasientens faste lege <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

Behandling

Behandling første gang	Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelse bes brukt)
Behandling avsluttet dato	

Tidligere helsetilstand

Ved sykdom, har pasienten vært sykmeldt for samme sykdom de siste 12 månedene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når?
Lider pasienten av annen sykdom som kan ha forårsaket den aktuelle skade/sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilken?
Merknader	
Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør Fra dato til dato evt. antatt varighet	Pasienten har vært delvis arbeidsufør fra dato til dato evt. antatt varighet
Merknader	
Dato	Legens underskrift

Honorar for legeerklæringen blir tilsendt etter satser fastsatt av Den norske legeforening.	Mottaker av honoraret: Navn..... Adresse..... Postnr./poststed..... Fødselsnr. /organisasjonsnr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Post/bank kontonr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--