



Skademeldningsblanketten 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, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Forsikringstaker

Forsikringsnummer

Arbeidsgivernummer

Kundennummer

Navn

Telefon

Adresse

Virksomhetens art

Opplysninger om skadelidte

Navn

Fødselsnummer (11 siffer)

Privat adresse

Telefon privat

Mobil

Yrke/stilling

Skattekommune

Kontonummer

Antatt årslønn skadeåret

E-postadresse

Sivil status (kryss av)

- Gift Ugift Samboer Separert

Medlem av folketrygden

- Ja Nei

Forsørgelsesbyrde

Antall barn

Født (oppgi fødselsår)

Andre personforsikringer i Gjensidige

Arbeidsforhold (kryss av)

Erfaring i stillingen

- Mer enn 5 år 1 - 5 år 1/2 - 1 år Under 1/2 år

Ansettelsesforhold

- Fast Midlertidig Selvstendig Sesong Annet:

Arbeidstid pr uke

- Full tid Øvrig deltid Under 10 timer

Hvis deltid,
angi stillingsprosent:

Arbeidstidsordning

- Vanlig dagtid Skiftarbeid Overtid

Lønnsform

- Fast lønn Akkord Ulønnet



Skademeldningsblanketten 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, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Skadens omfang

Sykefravær

- 0 dager 1-3 dager 4-14 dager 14-90 dager 3-6 mnd 6-12 mnd over 1 år

Konsekvens

- Ikke varig ufør Ikke ufør Varig ufør Død Ikke fastsatt

Vil skaden medføre livsvarig invaliditet

- Ja Nei Mulig

Administrativt

Navn på behandlende lege

Eventuelt sykehus

Adresse

Telefon

Er tilfellet meldt politiet?

- Ja Nei

Meldt av hvem

Når/dato

Til hvilket politikammer/lensmannskontor?

Meldt til arbeidstilsynet?

- Ja Nei

Meldt av hvem

Når/dato

Meldt som yrkesskade
til NAV?

- Ja Nei

Meldt av hvem

Når/dato



Skademeldningsblanketten 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, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Yrkesulykke/annen ulykke (denne siden fylles kun ut ved ulykke)

Husk å legge ved kopi av meldingen til NAV/Arbeidstilsynet ved yrkesskade.

Skadetidspunkt

Dato

Klokkeslett

Skjedde skaden ved biluhell?

 Ja Nei

Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier

Skadested På vanlig arbeidssted/håndverker på oppdrag Annet område på arbeidsstedet På vei mellom arbeidssteder Arbeid annet sted enn vanlig/tjenestereise Privat ærend i arbeidstiden På vei til/fra arbeidet Fritid Annet, beskriv:

Skadestedets adresse

Postnr

Poststed

Gjøremål på ulykkestidspunktet**Bruk av vern av betydning for skadetilfellet**

Ble personlig verneutstyr brukt?

 Ja Nei

Hvis ja, angi hva slags utstyr som ble brukt

Var maskiner/utstyr sikret på noen måte?

 Ja Nei

Hvis ja, angi hvordan

Fungerte vernet/sikringen som forventet?

 Ja Nei

Hvis nei, hvorfor ikke?

Var du påvirket av berusende eller bedøvende middel?

 Ja Nei**Beskriv hendelsesforløpet**

Beskriv hvordan ulykken faktisk skjedde og hva som var årsaken til at skaden kunne oppstå

Skadens art (sett kryss for de viktigste skadene)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <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"/> Hofte, bein, kne |
| <input type="checkbox"/> Tapt legemsdel | <input type="checkbox"/> Hjernerystelse | <input type="checkbox"/> Tenner | <input type="checkbox"/> Ankel, fot |
| <input type="checkbox"/> Forstuing, forvriddning | <input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng) | <input type="checkbox"/> Skulder, arm | <input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade |
| <input type="checkbox"/> Brudd | <input type="checkbox"/> Stråleskade | <input type="checkbox"/> Hånd, håndledd | <input type="checkbox"/> Annen skade, beskriv: |
| <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 uspes. skader | <input type="checkbox"/> Indre organer | |

Dato og underskrift

Ved dødsfall vedlegges:

Dødsattest

Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se utfyllingsveiledning)

Dato

Forsikringstakers underskrift

Skadelidtes underskrift



Skademeldningsblanketten 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, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Yrkessykdom (denne siden fylles kun ut ved yrkessykdom)

Husk å legge ved kopi av meldingen til NAV/Arbeidstilsynet

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen

Fra (mnd, år)	Til (mnd, år)	Bedriftens navn	Adresse	Type næring	Type påvirkning

Hva lider skadelidte av? (diagnose)**Konstatering**

Når oppsøkte skadelidte første gang lege for lidelsen?

Legens navn

Adresse

Eventuelt sykehus

Annen sykdom enn yrkessykdom

Årsaken til ervervsuførhet

Inntraff dato

Sykepenger opphørte

Arbeidstakeren har vært arbeidsufør i tiden:

F.o.m dato

T.o.m dato

I denne tiden har arbeidstakeren:

Ikke arbeidet

Uført annet arbeid

Delvis utført vanlig arbeid med arbeidstid

%

Ikke arbeidet

Uført annet arbeid

Delvis utført vanlig arbeid med arbeidstid

%

Ikke arbeidet

Uført annet arbeid

Delvis utført vanlig arbeid med arbeidstid

%

Dato og underskrift

Ved dødsfall vedlegges:

Dødsattest

Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se utfyllingsveiledning)

Dato

Forsikringstakers underskrift

Skadelidtes underskrift



Skademeldningsblanketten 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, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Gjensidige, Postboks 276, 1326 Lysaker snarets når det foreligger skade eller sykdom som kan gi rett til erstatning. Erstatning kan ytes for sykdom/skade som medfører:

- utgifter og/eller inntektstap
- ervervsuførhet
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

NB! Gjensidige ønsker å være en aktiv medspiller i rehabiliteringsprosessen. I den anledning er det av stor betydning at skader og sykdommer meldes så tidlig som mulig til selskapet, senest ved sammenhengende sykmelding i 8 uker. (Sykmelding II)

Hvem skal fylle ut skadeskjemaet?

Arbeidsgiver, eller en representant for denne, og arbeidstaker bør i fellesskap fylle ut skjemaet, gjerne med hjelp av en lege.

Hva skal fylles ut?

Skjemaet består av 4 sider. De to første sidene fylles alltid ut.

Side 3 fylles ut ved yrkesskade og annen ulykkesskade.

Side 4 fylles ut ved yrkessykdom eller annen sykdom.

Der det er avkrysningsmuligheter, skal det alltid sette ett kryss.

Blir det for liten plass til kommentarer og beskrivelser, legg ved eget ark.

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.

Verneutstyr/verneinnretning

Det er først og fremst opplysninger om utstyr av betydning for skadetilfellet det spørres etter, for eksempel briller ved øyeskade, deksel ved klemskade og lignende.

Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

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

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