

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. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Forsikringstaker/arbeidsgiver

Forsikringsnr

Fødselsnr/org. nr.

Forsikringstakers navn

Kontaktperson

Adresse

Telefon

Postnr

Poststed

E-post

Opplysninger om skadelidt - hvis forskjellig fra opplysningene over

Fornavn

Etternavn

Fødselsnr. (11 siffer)

Adresse

Telefon

Postnr

Poststed

E-post

Skattekommune

Anlegg forsikrede tilhører

NAV kontor

Antatt årslønn skadeåret

Årslønn før skadeår

Lønn utbetalt i år, inntil skadedag

Ansatt dato/inntredelse i forsikringen

Stilling/yrke

Stillingsbrøk

Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen?

 Ja Nei

Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved evt forhøyelse av forsikringssummen?

 Ja Nei

Årsak til skade

 Yrskeskade/-sykdom Annen ulykke Annen sykdom**Opplysninger vedr sykefraværet**

Maks dato for sykepenger

Full lønn tom

Type NAV ytelse

Uføretrygd fra dato

Forsikrede er for tiden

 Helt sykemeldt Delvis sykemeldt Helt arbeidsfør Mottar arbeidsavklaringspenger

Oppgi dato for sykemeldingsperiode

F.o.m. dato

T.o.m. dato

I denne perioden har arbeidstakeren:

 Ikke arbeidetArbeidet %

Normal arbeidstid er

 Ikke arbeidetArbeidet %

Normal arbeidstid er

 Ikke arbeidetArbeidet %

Normal arbeidstid er

Ved ulykke

Oppstod skaden under utførelse av lønnet arbeid i bedriften?

 Ja Nei

Hvis ja, hva slags arbeid/virksomhet?

Hvilket politikammer er skaden meldt til?

Anmeldelsesnr

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

 Ja Nei

Ved trafikkulykke

Partenes navn

Bilnr

Forsikringsselskap

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Beskriv hendelsesforløpet som førte til ulykken (vedlegg evt kopi av rapporter)

Var du påvirket av alkohol eller andre berusende midler?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilke rusmidler

Ved sykdom

Hva består sykdommen i?

Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle lidelsen?

Legens navn

Når viste sykdommen de første symptomer?

Legens navn

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom?

 Ja Nei

Hvilken sykdom?

Når?

Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom?

 Ja Nei

Hvis ja, selskapets navn

For hvilken sykdom

Bankkonto

Erstatningen ønskes overført til konto nr

Navn på kontoeier

Arbeidsgivers underskrift og stempel - hvis kollektiv forsikring

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

Skadelidtes underskrift

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Sted og dato

Skadelidtes underskrift