

Skadeskjema

Yrkesskade

Telefonsamtale	Hvem melder inn skaden? Navn: Stilling: Telefonnummer:		
Forsikringstaker (arbeidsgiver)	Firma:	Kontaktperson:	
	Adresse:	Telefon:	Polisenummer:
Arbeidsforhold	Ansettelsesforhold: <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig <input type="checkbox"/> Annet:		
	Arbeidstid: <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid: _____ % <input type="checkbox"/> Under 10 timer/uke		
	Ansatt dato:	Tariffavtale? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilken?)	
	Ved død - foreligger det gruppelevsforikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Skadelidte (arbeidstaker)	Etternavn, fornavn:		Fødselsnummer (11 siffer):
	Adresse:		Yrke/stilling:
	Telefon:		E-post:
	Postnr. / sted:		Skattekommune:
	NAV-kontor:		
Antatt årslønn skadeår:	Årslønn forrige år:	Lønn utbetalt hittil inntil skadedag:	Bruttoinntekt året før skaden:
Skadelidte (arbeidstaker)	Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift/Reg. partner <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Samboer		
	Antall barn:	Navn/fødselsdato:	

Andre opplysninger	Var skadelidte i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
	Er de ulykkesforsikret i et annet selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilket?)	Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilket?)
	Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn og regnr. på bil:	Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilken politimyndighet?)
	Er ulykken meldt til arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Er ulykken meldt til NAV? (kopi av melding vedlegges) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
A) Yrkesskade/ -ulykke	Skadetidspunkt: Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde skaden/ulykken?
	Skadested: <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> Annet område på arbeidstedet <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidsteder <input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidsted, tjenestereise <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeidstedet <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Annet: _____	
	Beskriv hvordan skade/ulykke skjedde og hva som var årsaken til at skaden oppstod (ved behov, legg ved utfyllende forklaring). Hva er skadet? Beskriv hvordan skaden oppstod: Hva er utfallet av skaden?	

B) Yrkessykdom	Når skjedde den skadelige påvirkningen? Fra dato: Til dato:	Hvor skjedde den skadelige påvirkningen?	
	Har skadelidte tidligere hatt eller blitt behandlet for samme eller liknende sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja - hvilken sykdom?	Når?
	Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom?	Hvis ja - hvilken sykdom?	Når?
	Redegjør for yrkessykdommens art og hvordan sykdommen/skaden oppstod: Hva er skadet? Beskriv hvordan skaden oppstod: Hva er utfallet av skaden?		
Felles for A) og B)	Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen?	Legens navn:	

- Medisinske opplysninger	Legens adresse/evt. sykehus:			
	Er arbeidstaker i jobb i dag / er arbeidstaker sykemeldt?		Ved sykemelding, hvor lenge / når?	
Felles for A) og B) - Medisinske opplysninger	Skadens art: (sett kryss for viktigste skade)		Hvilken kroppsdel er skadet? (sett kryss for viktigste skade)	
	<input type="checkbox"/> Sår/rift/kutt	<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning	<input type="checkbox"/> Hode/hals	<input type="checkbox"/> Rygg
	<input type="checkbox"/> Tapt lemsdel	<input type="checkbox"/> Arbeidsbelastning over tid	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Ankel/fot
	<input type="checkbox"/> Forstuing/forvridning	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> Nervesystem
	<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Skulder/arm	<input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade
	<input type="checkbox"/> Varmeskade	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Hånd/håndledd	<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade:
	<input type="checkbox"/> Kuldeskade	<input type="checkbox"/> Sjokk	<input type="checkbox"/> Fingre	
	<input type="checkbox"/> Etsing	<input type="checkbox"/> Puls- og åndedrettsstans	<input type="checkbox"/> Bryst/mage	
	<input type="checkbox"/> Elektrisk støt	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Indre organer	
	<input type="checkbox"/> Velt/klem	<input type="checkbox"/> Løft		
	<input type="checkbox"/> Brann/eksplosjon	<input type="checkbox"/> Andre uspesifiserte skader		
<input type="checkbox"/> Død av skaden - i så fall vedlegges: dødsattest/skifteattest og dokumentasjon over erstatningsberettigede				
Ved erstatning	Skal en eventuell erstatning betales arbeidsgiver/skadelidte eller andre? Kontonummer:			

Skademeldingen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Dersom det er nødvending med medisinsk behandling eller der skaden medfører arbeidsuførhet skal skaden meldes til NAV, som vil vurdere om skaden går under yrkesskade. NAV vil evt. betale behandlingsutgifter. **OBS** - Behandlingsutgifter som ikke er dekket av trygdekontoret må dokumenteres med original-kvitteringer.

Dersom yrkesskaden medfører alvorlig skade eller død, skal den også meldes til arbeidstilsynet og politiet.

Skadeskjema returneres til din rådgiver hos Bergen Bemanning for videre behandling