

Det er viktig at du leser dette før du fyller ut skademeldingen

MELD FRA TIL NAV

Du må alltid melde yrkesskade til NAV først. Legg ved kopi av meldeskjemaet til NAV.

Meld også fra til Arbeidstilsynet hvis det er en alvorlig skade.

NÅR SKAL DU BRUKE SKADEMELDINGEN?

Du bruker skjemaet når du har meldt skade til NAV og det har skjedd en arbeidsulykke som kan gi rett til erstatning fra oss.

Det kan gis erstatning for skade som fører til

- utgifter som IKKE dekkes av Helfo
- tap av inntekt
- varig skade (medisinsk invaliditet)
- død

HVEM SKAL FYLLE UT SKJEMAET?

Arbeidsgiver og arbeidstaker fyller ut skademeldingen sammen.

På grunn av vern av personopplysninger må du sende skademeldingen og vedleggene med vanlig post til Fremtind Forsikring, Postboks 778 Sentrum, 0106 Oslo.

Forsikringstakers navn:		Organisasjonsnummer:
Adresse:	Postnummer og sted:	Kundenummer:
Kontaktperson:		Telefon:

Opplysninger om den skadde

Navn:		Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer og sted:	Telefon:
Stilling/yrke:		Kontonummer:
Normal årslønn i skadeåret:	Lønn i året før skaden:	Lønn utbetalt frem til skadedato i det året du ble skadet:
Er du medlem av Folketrygden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Familieforhold da du ble skadet: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Registrert partner <input type="checkbox"/> Enslig	
Forsørger du barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi antall barn og året de er født: Antall barn: Barnas fødselsår:	

Andre forsikringer

Har du andre personforsikringer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap?	Har du meldt fra til selskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	--	---

Om arbeidsforholdet og skaden

Type ansettelse: <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Selvstendig <input type="checkbox"/> Annet:	Hvor lenge har du jobbet i stillingen? <input type="checkbox"/> Under ½ år <input type="checkbox"/> ½ til 1 år <input type="checkbox"/> 1-5 år <input type="checkbox"/> Mer enn 5 år	
Arbeidstid: <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid. Stillingsprosent: %		
Har du hatt sykefravær? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor lenge? <input type="checkbox"/> 1-3 dager <input type="checkbox"/> 4-14 dager <input type="checkbox"/> 14 dager til 3 mnd <input type="checkbox"/> 3 mnd til 6 mnd <input type="checkbox"/> 6 mnd til 1 år <input type="checkbox"/> Mer enn 1 år	
Har du blitt ufør av skaden? <input type="checkbox"/> Ikke ufør <input type="checkbox"/> Midlertidig ufør/AAP <input type="checkbox"/> Varig ufør	Vil skaden føre til at du aldri kan jobbe igjen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kanskje	Førte skaden til dødsfall? <input type="checkbox"/> Ja

Fastlege og eventuelt sykehus

Fastlegens navn:	Sykehus:	
Adresse:	Postnummer og sted:	Telefon:

Tilleggsopplysninger

Er saken meldt til NAV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? Oppgi dato:	Er saken meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? Oppgi dato:
Er saken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvor?	Anmeldelsesnummer:	

Når og hvor ble du skadet?

Når skjedde skaden? Dato: _____ Klokkeslett: _____	Skadested: Oppgi veiadresse, postnummer og sted		
Hvor skjedde skaden? <input type="checkbox"/> På min vanlige arbeidsplass <input type="checkbox"/> På et annet område på arbeidsplassen <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder <input type="checkbox"/> På arbeid et annet sted enn på vanlig arbeidssted <input type="checkbox"/> Under et privat ærend i arbeidstiden <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeid <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____			
Skyldes skaden en trafikkulykke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi kjøretøyets registreringsnr.: _____	Forsikringsselskap: _____	Har du meldt fra om ulykken til selskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Hva gjorde du da skaden skjedde?

Beskriv hva du gjorde og hvilke arbeidsoppgaver du utførte:

Trenger du mer plass? Fortsett på et eget ark

Hva var årsaken til skaden?

Beskriv hvordan skaden skjedde og hva som var årsaken:

Trenger du mer plass? Fortsett på et eget ark

Hvilken skade fikk du?

-
- Akutt forgiftning
-
-
- Brudd
-
-
- Etsing
-
-
- Forstuing, forvridding
-
-
- Hjernerystelse
-
-
- Kuldeskade
-
-
- Mistet en kroppsdel
-
-
- Muskel, sene, ledd

-
- Nervesystem
-
-
- Overbelastning av muskler
-
-
- Psykisk skade
-
-
- Sjokk
-
-
- Stråleskade
-
-
- Sår, rift, kutt
-
-
- Varmeskade
-
-
- Whiplash (nakkesleng)

Hvilken kroppsdel har du skadet?

-
- Øye
-
-
- Tenner
-
-
- Hode, hals
-
-
- Nakke
-
-
- Skulder, arm
-
-
- Hånd, håndledd
-
-
- Fingre
-
-
- Bryst, mage

-
- Indre organer
-
-
- Rygg
-
-
- Hofte
-
-
- Lår, kne
-
-
- Ankel, fot
-
-
- Annen skade, beskriv:

Verneutstyr

Ble personlig verneutstyr brukt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hva slags:
Var maskinen/utstyret sikret på noen måte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvordan:
Fungerte vernet/sikringen som forventet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis nei, beskriv hvorfor ikke:
Ble arbeidsinstruksen fulgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis nei, beskriv hvorfor ikke:

Underskrift

Vi er klar over at jeg kan bli politianmeldt hvis jeg gir feil eller ufullstendige opplysninger til selskapet. Det kan også gjøre at jeg ikke får rett til erstatning, helt eller delvis.		
Sted og dato:	Arbeidsgivers underskrift:	Skadelidtes (arbeidstakers) underskrift: