SKADEMELDING

For yrkesskade/yrkessykdom
Fiskere

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Organisasjonsnr.	Forsikringsbevisnr.
Arbeidssted		
Adresse		Tlf.nr.
Arbeidsgivers signatur		

OPPLYSNINGER OM FARTØY

Fartøyets navn	
Navn på skipper/kaptein	Tlf.nr.

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn	Personnr. (11 siffer)
Privat adresse	Privat tlf.nr.
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for evt. Erstatning)
Sivilstand (sett kryss) ☐Gift ☐Samboer ☐Ugift ☐Separert ☐Skilt ☐Enke/enkemann	E-postadresse

Antall barn	Navn/fødselsdato

ARBEIDSFORHOLD (opplysningen gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunktet)

Ansettelsesforhold Ansatt dato ☐Fast ☐Midlertidig ☐Sesong ☐Tilfeldig
☐ Annet (beskriv)
Arbeidstid ☐Under 10 timer pr uke ☐Øvrig deltid ☐Full
Arbeidstakerens brutto inntekt året før skaden

ANDRE OPPLYSNINGER

Var de i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. Medisiner ☐Ja ☐Nei		Er ulykke meldt til politiet? Hvis ja, hvilken politimyndighet? ☐Ja ☐Nei
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? ☐Ja ☐Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er ulykke meldt til Arbeidstilsynet? ☐Ja ☐Nei
Er skaden meldt til annet selskap? ☐Ja ☐Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er ulykke meldt til NAV? (Kopi av meldingen vedlegges) ☐Ja ☐Nei
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringsselskap og skadenr.		Ved hvilket NAV kontor er De registrert?
		Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret dokumenteres ved original-kvitteringer kr……..

1. YRKESSKADE

Dato	Klokkeslett

SKADESTED

☐ På vanlig arbeidsplass ☐ Annet området på arbeidssted ☐ På vei mellom arbeidssteder ☐ Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise

☐ Private ærend i arbeidstiden ☐ På vei til og fra arbeidsstedet ☐ Fritid

Hvor skjedde ulykke?

Oppsto ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiver? ☐ Ja ☐ Nei

GJØREMÅL PÅ ULYKKESTIDSPUNKT

BESKRIV HENDELSESFORLØPET
- Herunder hva som faktisk skjedde og hva som hva årsak til at skaden kunne oppstå
(legg ved egen forklaring ved behov)

2. YRKESSYKDOM
Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens/kommunens navn	Type næring
Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom?	☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, hvilken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere erstatning for sykdom?	☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, fra hvilken forsikringsselskap?	Hvis ja, for hvilken sykdom?

1 og 2
KONSTATERING

Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen?	Legens navn
Legens adresse/eventuelt sykehus	

SKADENS ART (sett kryss for viktigste skade)		**Hvilken kroppsdel er skadet** (sett kryss for viktigste skade)	
☐ Bløtdelsskader uten sår	☐ Akutt forgiftning	☐ Hode, hals	☐ Rygg
☐ Sår, rift, kutt	☐ Overbelastning av muskler	☐ Øye	☐ Ankel, fot
☐ Tapt legemsdel	☐ Hjernerystelse	☐ Tenner	☐ Omfattende legemsskade
☐ Forstuing, forvridning	☐ Whiplash (nakkesleng)	☐ Skulder, arm	☐ Nervesystem
☐ Brudd	☐ Stråleskade	☐ Hånd, håndledd	☐ Udefinert, annen skade
☐ Varmeskade	☐ Sjokk	☐ Fingre	
☐ Kuldeskade	☐ Puls – og åndedrettsstans	☐ Bryst, mage	
☐ Etsing	☐ Andre og uspesifiserte skader	☐ Indre organer	

☐ Død av skaden – i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)

FULLMAKT VED PERSONSKADE
Jeg gir med dette Youplus Livsforsikring AS og Crawford & Company AS fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling og koordinering av skadesaken. Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra involverte leger, arbeidsgiver og andre. De som blir bedt om å avgi opplysninger/dokumenter fritas for taushetsplikt. Alle opplysninger og all dokumentasjon kan videreformidles til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver og oppgjørsselskap.

Skadelidtes navn	Personnr.

Sted og dato	Underskrift

LEGEERKLÆRING (må alltid fylles ut)

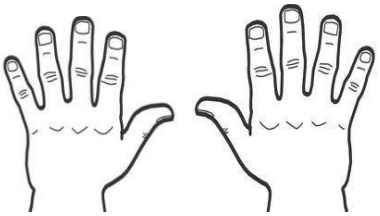
Arbeidsgiver

Pasientens navn	Født dato	Når overtok De behandlingen?		
Adresse		Dato	Klokkeslett	
For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden		Første gangs erklæring	Mellom-beretning	Slutt-erklæring
		Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger		

Behandlet første gang	Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn)
Første gangs erklæring	Adresse

Hva består skaden i? (populære betegnelser bes brukt) Angi høyre/venstre

Evt. Fingeramputasjon bes inntegnet på skissen.



Foreligger det en ulykkesskade dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? ☐Ja ☐Nei	Har sykdom, sykelig tilstand el.l framkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? ☐Ja ☐Nei	Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? ☐Ja ☐Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? ☐Ja ☐Nei

Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?

Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? ☐Nei ☐Mulig ☐Ja	Evt, grad ☐…….%	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? ☐Nei ☐Mulig ☐Ja	Evt, grad ☐…….%

Prognose

Merknader

Lider skadede av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi
Eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelighet? Hvilken?

SYKEFRAVÆR	
Skadede var sykmeldt Fra: Til:	Skadede var delvis sykmeldt Fra: Til:
Skadede er p.t ☐Delvis sykemeldt ☐Helt sykemeldt ☐Helt arbeidsufør ☐i fult arbeid	

Vi er av skattemyndigheter pålagt oppgaveplikt for honorar og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber Dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige felter nedenfor.

Honorara bes sendt til:	Navn		Kontonr.
	Adresse, postnr., postkontor		Telefonnr.
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende ☐Ja ☐Nei		Fødselsnr. (11 siffer)
	Skattekommune	Trekk %	**Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende**

Når skal skjema brukes?

Skademeldingsskjema skal sendes til Norwegian Underwriting Agency AS når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning til arbeid/evt. fritid som medfølger:

- Arbeidsuførhet/tapt inntekt, tap i fremtidig erverv
- Varig medisinsk invaliditet
- Dødsfall

Hvordan skal skjema brukes?

Skadelidte fyller ut side 1 og side 2, gjerne i samarbeid med arbeidsgiver. Opplysningene bekreftes av arbeidsgiver og skadelidte. Legeerklæringen må også fylles ut.

Forklaring til enkeltpunkter
Med samboer menes:

person som sikrede har levd sammen med i ekteskapslignende forhold, hvis det fremgår i Folkeregisteret at vedkommende har hatt samme bopel som sikrede i 2 år, eller det på annen måte godtgjøres at det ekteskapslignende forholdet har vedvart i de siste 2 år eller person som har felles bopel og felles barn med sikrede.

Dette gjelder likevel ikke dersom det på det tidspunkt forsikringstilfelle inntrådte forelå forhold som var til hinder for at lovlig ekteskap inngås.

Melding til Arbeidstilsynet og/eller Rikstrygdeverket

Yrkesskade eller – sykdommen skal meldes disse instanser etter gjeldende lov og forskrift og kopi av meldingen vedlegges.
Kopien er å regne som en del av skademeldingen.

Dokumentasjon ved skade
Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

- notat fra dagboken til fartøyet
- HMS rapport, om det foreligger
- Skademelding til NAV
- Rapport til sjøfartsdirektoratet

Dokumentasjon ved dødsfall
Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

- dødsattest
- vigselsattes
- dåps- eller fødselsattes for erstatningsberettigede barn
- skifteattest eller annen offentlig dokumentasjon over erstatningsberettigede
- for samboere: utskrift fra Folkeregisteret

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

Skjema sendes til:

Norwegian Underwriting Agency AS
Tjuvholmen Work, 6th floor,
Tjuvholmen Allé 3, 0252 OSLO

Digipost: norwegian.underwriting.agency#VS05

Tlf: + 47 06185