

# SKADEMELDING

For uførekapital/annen sykdom

## OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

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

## OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn		Personnr. (11 siffer)
Privat adresse		Privat tlf.nr.
Yrke/stilling		Bankkontonr. (for evt. Erstatning)
Sivilstand (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann		E-postadresse
Antall barn	Navn/fødselsdato	

## ARBEIDSFORHOLD (opplysningen gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunktet)

Ansettelsesforhold Ansatt dato <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig	
<input type="checkbox"/> Annet (beskriv)	
Arbeidstid Under 10 timer pr uke <input type="checkbox"/> Øvrig deltid <input type="checkbox"/> Full	
Arbeidstakerens brutto inntekt året før skaden	

## ANDRE OPPLYSNINGER

Var de i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. Medisiner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykke meldt til politiet? Hvis ja, hvilken politimyndighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringselskap og skadenr.	Ved hvilket NAV kontor er De registrert?
	Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret
dokumenteres ved original-kvitteringer kr.....	

**1. ULYKKESSKADE**

Dato	Klokkeslett
------	-------------

**SKADESTED**

<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet området på arbeidssted	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Private ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidsstedet	<input type="checkbox"/> Fritid	
Hvor skjedde ulykke?			
Oppsto ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiver? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

**GJØREMÅL PÅ ULYKKESTIDSPUNKT**

--

**BESKRIV HENDELSESFORLØPET**

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

--

**2. SYKDOM**

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere erstatning for sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)	
<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"/> Ankel, fot
<input type="checkbox"/> Tapte lemsdel	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade
<input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning	<input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Skulder, arm	<input type="checkbox"/> Nervesystem
<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Hånd, hånledd	<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade
<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 uspesifiserte skader	<input type="checkbox"/> Indre organer	
<input type="checkbox"/> 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 viderefremidles til de selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsselskaper og oppgjørsselskaper.

Skadelidtes navn	Personnr.
------------------	-----------

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

### **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

### **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.

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](mailto:norwegian.underwriting.agency#VS05)

Tlf: + 47 06185