

Skademelding for ulykkes-/yrkesskade

NAV

LES DETTE FØR UTFYLLING!
Det er viktig at alle felt fylles ut på side 1.

Vennligst bruk blokkbokstaver!

PERSONALIA SKADEDE

Etternavn, fornavn		Fødselsnr. (11 siffer)
Boligadresse		Telefonnummer privat/mobil/arbeid
Postnr.	Poststed	NAV kontor
Arbeidsgiver		Yrke/stilling
Skattekommune	Foresattes telefonnummer privat/mobil/arbeid	
Sivilstand <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann		Bankkontonummer (11 siffer)
Antall barn		E-post
Underskrift	Sted	Dato

ANDRE OPPLYSNINGER

Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilken politimyndighet?
Er du ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er ulykken meldt til NAV kontoret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du gruppelevsforsegling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er det søkt om mænerstatning fra NAV kontoret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Ved trafikkulykke oppgi partenes navn, bilnummer, forsikringselskapets navn/adresse og skadenummer på personskaden
Har du tidligere mottatt erstatning for en ulykkes-/yrkesskade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, angi når, fra hvilket selskap og graden av invaliditet.	

ULYKKE/YRKESSKADE

Skadetidspunkt	Dato:	Klokkeslett:	
Skadested	<input type="checkbox"/> Vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig, tjenestereise	<input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsplassen <input type="checkbox"/> Privat ærende i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder <input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidet <input type="checkbox"/> Fritid

BESKRIV HENDELSFORLØPET

Hvordan skjedde skaden og hva var årsaken til at skaden kunne oppstå?

Hvordan oppfatter du selv din situasjon i dag m.h.t. å komme tilbake i arbeid?

SKADENS OMFANG

Sykefravær	<input type="checkbox"/> 0 dager	<input type="checkbox"/> 1-3 dager	<input type="checkbox"/> 4-14 dager	<input type="checkbox"/> 14 dager-6 måneder	<input type="checkbox"/> 6 måneder-1 år	<input type="checkbox"/> Over 1 år
Konsekvens	<input type="checkbox"/> Ikke ufør	<input type="checkbox"/> Ikke varig ufør	<input type="checkbox"/> Varig ufør	<input type="checkbox"/> Ikke fastsatt		

YRKESYKDOM (Fylles kun ut ved yrkessykdom)

Husk å vedlegge kopi av meldingen til NAV kontoret

OPPLYSNINGER OM SYKDOMMEN

Hva består sykdommen i?

NÅR OG HVOR SKJEDDE DEN SKADELIGE PÅVIRKNINGEN?

Fra måned, år	Til måned, år	Bedriftens navn	Adresse	Type næring	Type påvirkning

Når viste sykdommen de første symptomer? Dato:

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom? Ja Nei Hvis ja, hvilken sykdom:

LEGEBEHANDLING

Når oppsøkte du lege første gang for skaden/sykdommen? Dato:

Legens navn:

Adresse:

FULLMAKT FRA SKADEDE VED PERSONSKADE

Undertegnede samtykker i at KLP Skadeforsikring, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra lege, NAV kontor, likningskontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til erstatningskravet.

Sted Dato Egenhendig underskrift

ARBEIDSGIVERERKLÆRING (Fylles kun ut av arbeidsgiver)

Arbeidsgiver (forsikringstagers) navn

Skadedes arbeidssted

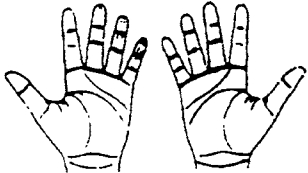
Ansatt fra (dato, år)	<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid %	<input type="checkbox"/> Vikar	<input type="checkbox"/> Annet	Stillingsbetegnelse
-----------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------

Kontaktperson Telefon

Bekreftende underskrift fra arbeidsgiver Dato

LEGEERKLÆRING

Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av deg. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.

Pasientens navn		Fødselsnummer (11 siffer)		
Bolgadresse		Skadedato		
Postnummer og poststed		Behandlet 1. gang for skaden Når?	Av hvem?	
Når overtok du behandlingen?		Evt. tidligere sykdom, kronisk lidelse eller skade?		
Behandlet første gang	Eventuelle fingeramputasjoner inntegnet på skissen	Hva består sykdommen i?(Bruk populære betegnelser.)		
Behandling avsluttet				
Foreligger det en skade på legemet ved plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje?	Har sykdom, sykkelig tilstand e.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff?	Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff?	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?				
Vil skaden kunne føre til livsvarig invaliditet?		Dersom ja, vennligst oppgi min. og maks. medisinsk invaliditetsgrad.		Grad
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig				
Pasientens helsetilstand i dag?				
Prognose				
Hensiktsmessig behandlingsopplegg/medikasjon				
Har pasienten vært sykemeldt? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Sykemeldt fra dato	Til dato	Antatt varighet
Har pasienten muligheter å komme tilbake i inntektsgivende arbeid?				

Honoraret bes sendt til	Navn	Telefon	Post-/Bankgironummer	
	Adresse		Organisasjonsnummer (9 siffer)	
	Skattekommune		Fødselsnummer (11 siffer)	
Ved direkte utbetaling til lege	Næringsinntekt* <input type="checkbox"/>	Lønnsinntekt med skattetrekk <input type="checkbox"/>	Skatteprosent	
	Dato og signatur			
*Det vil ikke bli trukket skatt på næringsinntekt, men den vil bli innberettet til likningskontoret (Kode 401 - utbetalinger til næringsdrivende)				
*Det vil ikke bli utbetalt honorar dersom ikke alle aktuelle felter er utfyllt.				

SLIK BRUKER DU DETTE SKJEMAET:

NÅR?

Du skal bruke skademeldingsskjemaet når det har oppstått skade eller sykdom i tilknytning til arbeidet, eventuelt også i fritiden (jfr. forsikringsvilkårene), som medfører:

- arbeidsuførhet (tapt inntekt, tap i fremtidig inntekt)
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

HVEM SKAL FYLLE UT SKJEMAET?

Skadede/pårørende fyller ut side en og to. Arbeidsgivererklæringen på side to skal fylles ut av arbeidsgiver. Side tre i skjemaet skal fylles ut av lege. Legen vil få dekket sitt honorar fra KLP.

FULLMAKT

Fullmakten skrives ut fra vår nettside, fylles ut av skadede/pårørende og sendes inn sammen med skademeldingen. Fullmakten gir KLP Skadeforsikring adgang til å innhente opplysninger fra lege, trygdekontor m.v. som er nødvendig for å vurdere erstatningskravet.

TANNLEGEERKLÆRING

Hvis du krever erstatning for en tannskade, må du skaffe en egen tannlegeerklæring fra KLP. Erklæringen kan skrives ut fra vår nettside, eller du kan få den tilsendt ved å kontakte vårt skadesenter på e-post: klpskade@klp.no. Tannlegen din må fylle ut erklæringen og honoraret vil bli dekket av KLP.

MELDINGEN TIL ARBEIDSTILSYNET OG/ELLER NAV DRIFT OG UTVIKLING

Arbeidsgiver skal melde alvorlige skader til arbeidstilsynet, hvis skaden har skjedd i arbeidstiden. Alle yrkesskader skal rapporteres til NAV Drift og utvikling. Du må skaffe kopi av slike meldinger og legge dem ved skademeldingsskjemaet til KLP.

DOKUMENTASJON VED DØDSFALL

KLP krever følgende dokumentasjon ved dødsfall

- dødsattest
- evt. vigselattest/partnerskapsattest
- dåps- eller fødselsattest for barn som har rett til erstatning
- skifteattest eller annen offentlig dokumentasjon over hvem som har rett til erstatning
- for samboere: utskrift fra folkeregisteret

Dersom du har andre dokumenter som er av betydning for saken, kan du også legge disse ved.

VIKTIG!

Pass på at skjemaet ikke blir liggende hos lege eller hos arbeidsgiver. Du er ansvarlig for at skjemaet blir sendt til KLP Skadeforsikring AS. Hvis skjemaet ikke blir sendt KLP, kan du tape retten til erstatning.

Send skjemaet til:

KLP Skadeforsikring AS,
Hovedkontor: Dronning Eufemias gate 10, Oslo – Tlf: 22 03 35 00, Faks: 22 03 39 41,
Postadresse: Postboks 400 Sentrum – 0103 Oslo
www.klp.no