

Skademelding for yrkessykdom

D-232



Slik gjør du:

1. Lagre skjemaet
2. Fyll ut
3. Send inn via [kontaktskjemaet på klp.no](#) eller per post.

Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.

Dette skjemaet krever signatur

KLP Skadeforsikring AS
Et selskap i KLP-konsernet
Org.nr.: 970 896 856 Foretaksregisteret
Tlf.: 55 54 85 00
www.klp.no

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

VEILEDNING FOR UTFYLLING AV SKADEMELDINGSSKJEMAET

Skademeldingsskjemaet må fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Arbeidsgivererklæringen på siste side skal fylles ut av arbeidsgiver.

Når skal skjemaet fylles ut?

Ved yrkessykdom skal arbeidsgiver melde denne til NAV. Under NAVs yrkesskadeordning dekkes de fleste former for nødvendig medisinsk behandling ved yrkesskade og yrkessykdom. Bare når yrkessykdommen har medført et økonomisk tap bør skaden også meldes til forsikringsselskapet. Behandlingsutgifter som kan dekkes hos NAV blir ikke dekket av yrkesskadeforsikringen.

En sykdom bør meldes KLP Skadeforsikring dersom den har medført:

- Behandlingsutgifter som ikke dekkes av NAV/HELFO
- Inntektstap
- Betydelige varige medisinske følger for deg
- Dødsfall

Dersom sykdommen er registrert hos arbeidsgiver eller hos NAV, og den ikke har gitt følger som kan gi rett til forsikringsutbetaling, er det ikke nødvendig å melde sykdommen til forsikringsselskapet. Det vil være tilstrekkelig å vise til sykdommen slik den er registrert hos arbeidsgiver dersom man på et senere tidspunkt ønsker å komme tilbake til saken.

1. ARBEIDSGIVER/FORSIKRINGSTAKER

| | |
|----------|-------------------|
| Navn: | Organisasjonsnr.: |
| Adresse: | |

2. SKADELIDTE

| | | | | | | | | |
|-------------|-----------|----------|-------------------------|----------|-------|---------------|--------------|-----------------------------|
| Etternavn: | | Fornavn: | Fødselsnr. (11 siffer): | | | | | |
| Adresse: | | | Telefon: | | | | | |
| Postnr.: | Poststed: | | Yrke/stilling: | | | | | |
| E-post: | | | Kontonr. (11 siffer): | | | | | |
| Sivilstand: | Gift | Ugift | Samboer | Separert | Skilt | Enke/enkemann | Antall barn: | Ca. bruttolønn i skadeåret: |

3. OM SYKDOMMEN

Husk å legge ved kopi av meldingen til Arbeidstilsynet.

3.1 BESKRIV SYKDOMMEN/DIAGNOSEN

Legg gjerne ved utdypende forklaring i eget vedlegg.

3.2 HELSEOPPLYSNINGER I FORBINDELSE MED SYKDOMMEN

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------|-------------------------|------------|-------------------|---|----|-----|
| Når viste de første symptomene seg? | Min helsetilstand i dag: | | | | | | | | |
| Har sykdommen gitt varig funksjonsnedsettelse? | Ja | Nei | Sannsynligvis ikke | Er sykdommen meldt NAV? | Ja | Nei | Hvis ja, foreligger det vedtak fra NAV? | Ja | Nei |
| Husk å legge ved kopi av eventuelle vedtak fra NAV. | | | | | | | | | |
| Har du søkt om noen av de følgende ytelsene fra NAV: | Arbeidsavklaringspenger | Menerstatning | Uførepensjon | Er du i dag: | Arbeidsfør | Delvis arbeidsfør | 100 % arbeidsufør | | |

3.3 NÅR OG HVOR SKJEDDE DEN SKADELIGE PÅVIRKNINGEN?

| Fra (måned, år): | Til (måned, år): | Bedriftens navn: | Stilling: | Type virksomhet: |
|------------------|------------------|------------------|-----------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4. MEDISINSK BEHANDLING

| | |
|--|--------------|
| Når oppsøkte du lege første gang for symptomene? | Legens navn: |
| Adresse: | Ev. sykehus: |

5. SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede samtykker i at KLP Skadeforsikring, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra arbeidsgiver, andre forsikringselskap eller nærmeste politidistrikt.

Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett til erstatning etter forsikringsavtaleloven.

| | |
|---------------|--------------|
| Sted og dato: | Underskrift: |
|---------------|--------------|

6. ARBEIDSGIVERERKLÆRING

| | | | | | |
|---|--------|-------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| Arbeidsgivers navn: | | | | | |
| Skadedes arbeidssted: | | | Stillingsbetegnelse: | | |
| Ansatt dato: | | Fast | Midlertidig | Annet | Hvis annet – beskriv: |
| Fulltid | Deltid | Hvis deltid – angi i %: | | Kontaktperson: | Telefon: |
| Bekreftende underskrift fra arbeidsgiver: | | | | | Dato: |