

1. OPPLYSNINGER OM SKOLE / BARNEHAGE / INSTITUSJON (BRUK STORE BOKSTAVET)

BYDEL / ETAT / VIRKSOMHET	BARNEHAGE / SKOLE / INSTITUSJON	KONTAKTPERSON
ADRESSE		E-MAIL ADRESSE
POSTNR. / -STED		TELEFON

2. OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE (BRUK STORE BOKSTAVET)

ETTERNAVN, FORNAVN	FØDSELSDATO	PERSONNUMMER
ADRESSE	BOSTEDSKOMMUNE	
POSTNR. / -STED		
FORESATTES ETTERNAVN, FORNAVN	TELEFON PRIVAT	FØDSELSDATO
FORESATTES ADRESSE	TELEFON ARBEID	PERSONNUMMER
POSTNR. / -STED	TELEFON MOBIL	BANKKONTONR TIL FORESATTE

Hvem skaden gjelder

<input type="checkbox"/>	Barn i barnehage	<input type="checkbox"/>	Elev i grunnskole	<input type="checkbox"/>	Elev i skolefritidsordning
<input type="checkbox"/>	Elev i videregående skole	<input type="checkbox"/>	Elev i fritidsklubb	<input type="checkbox"/>	Annet, angi hva

3. OPPLYSNINGER OM ULYKKEN

SKAEDATO	KLOKESLETT					
Skadested	<input type="checkbox"/>	Innenfor skolens/ barnehagens område	<input type="checkbox"/>	Under arrangement utenfor skolens/ barnehagens område under dens ledelse	<input type="checkbox"/>	På direkte vei til og fra barnehagen/ skolen/undervisningsstedet
	<input type="checkbox"/>	Under utplassering	<input type="checkbox"/>	Under andre arrangement, oppgi hvilke		
	<input type="checkbox"/>	Utenfor skolens / barnehagens område				
Skadetype	<input type="checkbox"/>	Død	<input type="checkbox"/>	Hodeskade	<input type="checkbox"/>	Hørselskade
	<input type="checkbox"/>	Øyeskade	<input type="checkbox"/>	Tannskade	<input type="checkbox"/>	Nakkeskade
	<input type="checkbox"/>	Ryggskade	<input type="checkbox"/>	Mage-/brystskade	<input type="checkbox"/>	Hofte-/bekkenskade
	<input type="checkbox"/>	Ben-/fotskade	<input type="checkbox"/>	Skulder-/armskade	<input type="checkbox"/>	Fingerskade
	<input type="checkbox"/>	Løsemiddelskade	<input type="checkbox"/>	Psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	Lungeskade
	<input type="checkbox"/>	Indre skade	<input type="checkbox"/>	Annen årsak, oppgi hva slags		
Hvordan skjedde skaden	<input type="checkbox"/>	Fall	<input type="checkbox"/>	Løft	<input type="checkbox"/>	Sammenstøt/påkjørsel
	<input type="checkbox"/>	Elektrisk støt/spenning	<input type="checkbox"/>	Velt / klemt / fanget	<input type="checkbox"/>	Sår / stikk / kutt
	<input type="checkbox"/>	Arbeidsbelastning over lengre tid	<input type="checkbox"/>	Høy temperatur - varmeskade	<input type="checkbox"/>	Lav temperatur - kuldeskade
	<input type="checkbox"/>	Kjemikalier - etsing	<input type="checkbox"/>	Kjemikalier - forgiftning	<input type="checkbox"/>	Brann / eksplosjon / sprengning
	<input type="checkbox"/>	Trussel om vold / påført vold	<input type="checkbox"/>	Sportsaktivitet / idrett	<input type="checkbox"/>	Sjokk
	<input type="checkbox"/>	Stråleskade	<input type="checkbox"/>	Materialsviikt (ras/utglidninger)	<input type="checkbox"/>	Annen årsak, oppgi hva slags

HVOR OG HVORDAN SKJEDDE SKADEN? GI EN MEST MULIG DETALJERT BESKRIVELSE AV HENDELSESFORLØPET

GI EN MEST MULIG DETALJERT BESKRIVELSE AV SKADENS ART / OMFANG

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden/kravet?

Ja

Nei

HVIS JA, FORSIKRINGSSKAPETS NAVN OG SAKSNR.

Er skaden meldt til trygdekontoret?

Ja

Nei

HVIS JA, HVILKET

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

Ja

Nei

Er skaden meldt til politiet?

Ja

Nei

HVIS JA, HVILKET POLITIDISTRIKT OG SAKSNR.

Vennligst legg ved kopi av vedtak fra folketrygden hvis dette foreligger,

4. VED TRAFIKKULYKKE OPPGI:

PARTENES NAVN	BILNR	FORSIKRINGSSKAP	SAKSNR
PARTENES NAVN	BILNR	FORSIKRINGSSKAP	SAKSNR

5. OPPLYSNINGER OM SKADEN

Kan skadelidte eller andre etter Deres mening bebreides for skaden?

Ja

Nei

HVIS JA, ANGI GRUNN

Når søkte skadelidte lege første gang for den aktuelle lidelse/skade?

DATO

LEGENS/SYKEHUSETS NAVN

ADRESSE

BEHANDLENDE LEGES NAVN OG ADRESSE DE SISTE FEM ÅR, EVT. SYKEHUS: (BENYTT VEDLEGG DERSOM DE IKKE FÅR Plass)

Vennligst legg ved kopi av relevant medisinsk dokumentasjon dersom De har dette.

Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom/skade?

Ja

Nei

HVIS JA, BESKRIV HVILKEN SYKDOM/SKADE

DATO

HVORDAN OPPSTO SYKDOMMEN/PLAGEN?

Vennligst legg ved kopi av relevant medisinsk dokumentasjon dersom De har dette.

Har skadelidte tidligere mottatt erstatning for en ulykkes-/ forsikringskade?

Ja

Nei

HVIS JA, ANGI NÅR, FRA HVILKET SELSKAP OG GRADEN AV INVALIDITET.

6. SKOLENS/BARNEHAGENS UNDERSKRIFT OG STEMPEL (PÅSE AT SKJEMAET ER TILSTREKkelig UTFYLT FØR UNDERTEGNING)

STED	DATO	UNDERSKRIFT OG STEMPEL
------	------	------------------------

7. FULLMAKT - SKADELIDTES/VERGES UNDERSKRIFT

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Oslo Forsikring AS eller deres representant gis fullmakt til å innhente opplysninger som selskapet trenger fra lege, sykehus, offentlige trygdemyndigheter, arbeidsgiver eller andre for å ta stilling til mitt erstatningskrav.

STED	DATO	UNDERSKRIFT
------	------	-------------