

1. MELDINGEN GJELDER SKADE SKJEDD:

I ARBEID PÅ FRITIDEN

2. OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (BRUK STORE BOKSTAVER)

BYDEL / ETAT / KOMMUNAL BEDRIFT / FORETAK / AKSJESELSKAP	TELEFON
ADRESSE	KONTAKTPERSON
POSTNR. / -STED	E-MAIL ADRESSE

3. OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE (BRUK STORE BOKSTAVER)

ETTERNAVN, FORNAVN	TELEFON PRIVAT	TELEFON MOBIL	FØDSELSDATO	PERSONNUMMER
ADRESSE	TELEFON ARBEID	BOSTEDSKOMMUNE		
POSTNR. / -STED	E-MAILADRESSE	POST-/BANKKONTONR.		
STILLING / YRKE	ARBEIDSSTED/KONTORSTED	ANSATT DATO	Fast ansatt	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
			STILLINGSBRØK	MÅNEDSLØNN
			%	

4. OPPLYSNINGER OM SKADEN (ulykken/sykdommen)

SKADEDATO	KLOKKELETT				
Skadested	<input type="checkbox"/> På arbeidsplass/arbeidssted	<input type="checkbox"/> Ved fjernarbeid	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidststeder	<input type="checkbox"/> På ferie-/fritidsreise	
	<input type="checkbox"/> På direkte reise til / fra arbeidststed/ oppdragssted	<input type="checkbox"/> På tjenestereise	<input type="checkbox"/> Hjemme	<input type="checkbox"/> Utenfor hjemmet	
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"/> Hoftebekkenskade	<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"/> Annet - angi hva slags			
Hvordan skjedde skaden?	<input type="checkbox"/> Yrkessykdom	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Vold fra klient på fritiden	<input type="checkbox"/> Sjokk	
	<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 / rift / 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"/> Støy / støv / vibrasjoner		
	ANNEN ÅRSÅK, OPPGI HVA SLAGS				

HVOR OG HVORDAN SKJEDDE SKADEN? GI EN DETALJERT BESKRIVELSE AV HENDELSFORLØPET. EVT. BENEYTT EGET ARK HVIS Plassmangel.

Er skaden meldt til trygdekontoret?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HVIS JA, HVLKET?
Er skaden meldt til arbeidstilsynet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Er skaden meldt til politiet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HVIS JA, HVLKET POLITIDISTRIKT OG SAKSNR. PÅ ANMELDELSEN

Var De i øyeblikket påvirket av berusende midler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HVIS JA, HVILKET?
Er påbudt verneutstyr benyttet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HVIS JA, HVILKET?
Kan skadelidte eller andre etter Deres mening bebreides for skaden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HVIS JA, ANGI GRUNN

5. OPPLYSNINGER OM LEGEBEHANDLING OG TIDLIGERE SYKDOM ELLER ULYKKE

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

NÅR VISTE SYKDOMMEN/PLAGENE DE FØRSTE SYMPTOMENE?

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

GI EN MEST MULIG DETALJERT BESKRIVELSE AV SKADENS / SYKDOMMENS / PLAGENES ART / OMFANG

Når søkte De lege første gang for den aktuelle lidelse/skade?	DATO	LEGENS / SYKEHUSETS NAVN	LEGENS / SYKEHUSETS ADRESSE
---	------	--------------------------	-----------------------------

Har De tidligere hatt samme eller lignende sykdom / skade / plage?

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

Ja Nei

HVIS JA, BESKRIV HVILKEN SYKDOM / SKADE / PLAGE

DATO HVORDAN OPPSTOD SYKDOMMEN / SKADEN / PLAGEN?

BEHANDLENDE LEGE / SYKEHUS

BEHANDLENDE LEGE / SYKEHUS ADRESSE

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden/kravet?

Ja Nei

HVIS JA, FORSIKRINGSSKAPETS NAVN OG SAKSNR.

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

Ja Nei

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

6. OPPLYSNINGER OM SYKEFRAVÆR

Har De vært sykemeldt på grunn av skaden?

Ja Nei

Hvis Ja. Sykemeldt f.o.m. dato

DAG MND ÅR

Sykemeldt t.o.m. dato

DAG MND ÅR

Har De vært sykemeldt grunnet andre årsaker?

Ja
Nei

De er for tiden

I fullt arbeid
 Sykemeldt
 Uføretrygdet

UFØREGRAD
%

Delvis sykemeldt

Aktiv sykemelding

Attføring/rehabilitering

NÅR REGNER DU MED Å KOMME TILBAKE I FULLT ARBEIDE?

Skyldes evt. langvarig fravær kun følger av den aktuelle ulykke/sykdom?

Ja Nei

HVIS NEI, OPPGI HVILKE

Er skaden/sykdommen godkjent som yrkesskade/yrkessykdom av folketrygden?

Ja Nei

Har De fremsatt krav om ménerstatning fra folketrygden?

Ja Nei

Vennligst legg ved kopi av aktuelle vedtak fra folketrygden

Anser De at De pr. i dag er påført inntektstap som følge av skaden?

Ja Nei

LIGNINGSKONTORETS NAVN

STED

Vennligst legg ved kopi av eventuell dokumentasjon

7. VED TRAFIKKULYKKE OPPGI:

PARTENES NAVN	REG.NR	FORSIKRINGSSKAP	SAKSNR
PARTENES NAVN	REG.NR	FORSIKRINGSSKAP	SAKSNR

8. ARBEIDSGIVERS UNDERSKRIFT OG STEMPEL (Påse at skjemaet er tilstrekkelig utfyllt før undertegning)

STED	DATO	UNDERSKRIFT / STEMPEL
------	------	-----------------------

9. FULLMAKT

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
------	------	-------------