

Skademelding - sykehyre

Tap av lott ved sykdom/skade

Fylles ut av rederi sammen med skadelidte

Opplysninger om forsikringstaker (rederi)

Rederiets navn:	Fartøys navn:
Adresse:	
Kontonr.:	Telefon:

Opplysninger om skadelidte

Navn:	Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse:	Skattekommune:	Telefon:
Postnr:	Poststed:	
Stilling om bord:	Sykemeldt fra/til:	
Sykdom/skadebeskrivelse:		
Har skadelidte vært sykemeldt for det samme i løpet av de siste 12 måneder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
<i>Hvis ja, kan legeerklæringen på side 2 måtte bli fylt ut av behandlende lege.</i>		
Erklæring fra den skadelidte: Jeg samtykker herved i at min lege på anmodning meddeler assurandøren opplysninger om min helsetilstand, og at mitt trygdekontor gir opplysninger om mottatt stønad.	Underskrift av skadelidte:	
Antall faktiske dager på fiske tapt i sykemeldingsperioden:		
Beregnet tapt lott i sykemeldingsperioden: (Selve beregning på eget bilag.)		
Mottatt brutto sykepenger fra NAV:		
Er skaden meldt til NAV som yrkesskade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

Legg ved kopi(er) av mannskapsoppgjør, alle sykemeldinger og utbetalinger av sykepenger fra NAV. Alle felter må fylles ut for at tap av lott skal kunne beregnes. Baksiden fylles eventuelt ut av behandlende lege.

Sted/dato:	Underskrift av reder/skipper:
------------	-------------------------------

Revisjon 3 10.02.2016

Legeerklæring ved krav om sykehyre

Fylles på forespørsel ut av behandlende lege

Pasientopplysninger

Pasientens navn:	Skadedato:
Er De pasientens faste lege? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Behandling for denne skade/sykdom

Gjelder forholdet skade eller sykdom? <input type="checkbox"/> Skade <input type="checkbox"/> Sykdom	
Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelser bes tas i bruk)	
Behandling første gang:	Behandling avsluttet dato:
Sykemeldt fra:	Sykemeldt til:

Tidligere helsetilstand

Ved sykdom, har pasienten vært sykemeldt for samme sykdom de siste 12 månedene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dette er skade, ikke sykdom	Hvis ja, fra/til dato:				
Evt. merknader:					
Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør:	Pasienten har vært delvis arbeidsufør:				
Fra dato	Til dato	Evt. antatt varighet	Fra dato	Til dato	Evt. antatt varighet
Evt. merknader:					
Sted/dato:	Legens underskrift/stempel:				

Honorar for legeerklæring blir tilsendt etter satser fastsatt av Den Norske Legeforening.	Mottaker av honoraret: Legens navn	
	Adresse	
	Postnr./sted	
	Organisasjonsnr.	
	Kontonr.:	

Revisjon 3 10.02.2016