



**Opplysninger om forsikringstaker**

Rederiets navn

Fartøyets navn

Adresse

Telefon

Bankkontonummer

Forsikringsbevisnummer

Kundenummer

**Opplysninger om skadelidte**

Navn

Fødselsnummer (11 siffer)

Privat adresse

Privat telefon

Yrke/stilling

Skattekommune

Bankkonto

Antatt årslønn skadeåret

Årslønn før skadeåret

Lønn utbetalt i år inntil skadedag

Sivil status (kryss av)

Ugift  Samboer  Gift  Separert

Medlem av folketrygden?

Ja  Nei

Forsørgelsesbyrde (oppgi antall barn og barnas fødselsår)

Antall barn

Født

Andre personforsikringer i Gjensidige

**Arbeidsforhold**

Erfaring i stillingen (kryss av)

Under 1/2 år  1/2 til 1 år  1-5 år  Mer enn 5 år

Ansettelses forhold (kryss av)

Fast  Midlertidig  Sesong  Selvstendig  Annet:

Arbeidstid(kryss av)

Under 10 timer per uke  Øvrig deltid  Full stilling  Hvis deltid angi stillingsprosent:

Arbeidstidsordning(kryss av)

Vanlig dagtid  Vanlig skiftarbeid  Overtidsarbeid

Lønnsform (kryss av)

Fast lønn  Akkord/prestasjonslønn  Ulønnet

**Skadens omfang**

Sykefravær (kryss av)

0 dager  1-3 dager  4-14 dager  14 dager-6 mnd  6 mnd-1 år  Over 1 år

Konsekvens(kryss av)

Ikke ufør  Ikke varig ufør  Varig ufør  Død  Ikke fastsatt

Vil skaden medføre medisinsk invaliditet?

Ja  Nei  Mulig

**Administrativt**

Behandlerens leges navn

Evtnt sykehus

Adresse

Telefon

Er tilfellet meldt politiet?

Ja  Nei

Når/dato

Meldt av hvem

Til hvilket politikammer/lensmannskontor?

Meldt til arbeidstilsynet?

Bestillingsnr. 154 B

Ja  Nei

Når/dato

Meldt av hvem

Meldt til Rikstrygdeverket?

RTV- blankett 11.01A

Ja  Nei

Når/dato

Meldt av hvem

**Yrkesulykke/annen ulykke** (Denne siden fylles kun ut ved ulykke)

Husk å legge ved kopi av meldingen til Rikstrygdeverket/Arbeidstilsynet ved yrkesskade

Skadetidspunkt

Dato  Klokkeslett  Skaden skjedde ved biluhell?  Ja  Nei Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier 

Skadested

 På vanlig arbeidsplass/håndverker på oppdrag  Annet område på arbeidststedet  På vei mellom arbeidststeder Arbeid annet sted enn vanlig arbeidststed/tjenestereise  Privat ærend i arbeidstiden  På vei til/fra arbeidet  Fritid Annet, beskriv: Skadestedets adresse  Postnr  Poststed Kommune **Gjøre mål på ulykkestidspunktet****Bruk av vern av betydning for skadetilfellet**Ble personlig verneutstyr brukt?  
 Ja  NeiHvis ja, – angi hva slags Var maskiner/utstyr sikret på noen måte?  
 Ja  NeiHvis ja, – angi hvordan Fungerte vernet/sikringen som forventet?  
 Ja  NeiHvis nei, – hvorfor ikke? **Bekriv hendelsesforløpet****Skadens art** (Sett kryss for viktigste skade)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår | <input type="checkbox"/> Akutt forgiftning             |
| <input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt        | <input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler     |
| <input type="checkbox"/> Tapt lemsdel           | <input type="checkbox"/> Hjernerystelse                |
| <input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning | <input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)         |
| <input type="checkbox"/> Brudd                  | <input type="checkbox"/> Stråleskade                   |
| <input type="checkbox"/> Varmeskade             | <input type="checkbox"/> Sjokk                         |
| <input type="checkbox"/> Kuldeskad              | <input type="checkbox"/> Puls og åndedrettsstans       |
| <input type="checkbox"/> Etsing                 | <input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader |

**Hvilken kroppsdel er skadet**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hode, hals     | <input type="checkbox"/> Rygg                   |
| <input type="checkbox"/> Øye            | <input type="checkbox"/> Hofte, bein, kne       |
| <input type="checkbox"/> Tenner         | <input type="checkbox"/> Ankel, fot             |
| <input type="checkbox"/> Skulder, arm   | <input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade |
| <input type="checkbox"/> Hånd, håndledd | <input type="checkbox"/> Nervesystem            |
| <input type="checkbox"/> Fingre         | <input type="checkbox"/> Annen skade, beskriv   |
| <input type="checkbox"/> Bryst, mage    |   |
| <input type="checkbox"/> Indre organer  |   |

Ved dødsfall vedlegges: Dødsattest  
Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4)Dato  Forsikringstakers underskrift  Skadelidtes underskrift

## Legeerklæring

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

Avdeling/saksbehandler

Skadenr.

Pasientens navn og adresse

Født dato

Skade dato

Første gangserklæring

Mellomberetning

Slutterklæring

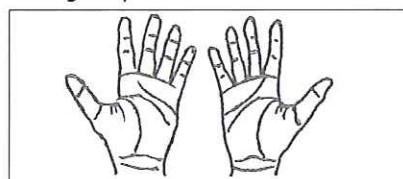
Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger

Behandlet første gang

Behandlingen avsluttes dato

Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelser bes brukt)

Eventuelle fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen



### Ved ulykkeskader

Foreligger det en ulykkeskade – dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje?

Ja  Nei

Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff?

Ja  Nei

Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke

Har sykdom, sykkelig tilstand e.l. fremkalt skaden eller medvikret til at den inntraff?

Ja  Nei

Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff?

Ja  Nei

Prognose

Vil skaden kunne medføre livsvarig invaliditet?

Ja  Nei

Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør

fra dato

til dato

evt. antatt varighet

Pasienten har vært delvis arbeidsufør

fra dato

til dato

evt. antatt varighet

Merknader

Sted og dato

Legens underskrift

### Mottaker av honoraret:

Navn

Adresse

Postnummer og poststed

Fødselsnr. / organisasjonsnr.

Post-/bankgironr.:

Blanketten er godkjent av Den norske lægeforening. Honorar for legeerklæring blir tilsendt etter satser fastsatt av Den norske lægeforening.

## Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

### Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Gjensidige Forsikring snarest når det foreligger skade eller sykdom som kan gi rett til erstatning. Erstatning kan ytes for sykdom/skade som medfører:

- utgifter og eller/inntektstap
- arbeidsuførhet
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

NB! Gjensidige Forsikring ønsker å være en aktiv medspiller i rehabiliteringsprosessen. I den anledning er det av stor betydning at skader og sykdommer meldes så tidlig som mulig til selskapet, senest ved sammenhengende sykmelding i 8 uker.

### Hvem skal fylle ut skadeskjemaet?

Arbeidsgiver, eller en representant for denne, og arbeidstaker bør i fellesskap fylle ut skjemaet, gjerne med hjelp av lege.

### Hva skal fylles ut?

Skjemaet består av 3 sider. Den første siden fylles alltid ut.

Side 2 fylles ut ved yrkesskade og annen ulykkeskade.

Side 3 fylles ut av behandlende lege.

Der det er avkrysningsmuligheter, skal det alltid settes ett kryss.

Blir det for liten plass i rubrikken, så legg ved eget ark.

### Melding til Arbeidstilsynet og/eller Rikstrygdeverket

Yrkesskaden eller sykdommen skal meldes disse instansene etter gjeldende lover og forskrifter og kopi av meldingen vedlegges. Kopien er å regne som en del av skademeldingen.

### Verneutstyr/verneinnretning

Det er først og fremst opplysninger om utstyr av betydning for skadetilfellet det spørres etter, f.eks. briller ved øyeskade, deksel ved klemskade.

### Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

- dødsattest
- vigselsattest
- døps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn
- skifteattest

Avhengig av den enkelte sak vil også andre dokumenter kunne være av betydning.