

Vi ber deg fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen. Skaden vil bli meldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

**1. Forsikringstaker**

Arbeidsgiver		Org.nr/Fødselsnr	
Adresse		Postnr/sted	Telefon arbeid
Mobilnr	E-post	Jeg samtykker i at all korrespondanse i saken kan foregå på e-post. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

**2. Skadelidte**

Navn		Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon privat
Privat adresse	Postnr.- og poststed		E-post
Yrke/stilling			Kontonummer
Antatt årslønn skadeåret	Årslønn forrige år	Lønn utbetalt i år inntil skadedag	
Sivil status <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Ugift		Forsørgerbyrde (oppgi antall barn og barnas fødselsår)	

**3. Sykefravær**

Sykemelding 100% (Fra dato til dato)	Sykemelding gradert (Grad og fra dato - til dato)
Skadelidte er per i dag <input type="checkbox"/> I fullt arbeid <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt	

**4. Arbeidsforhold** Opplysningene gjelder stillingen skadelidte har/hadde da ulykken/påvirkningen skjedde

Erfaring i stillingen <input type="checkbox"/> Under 1/2 år <input type="checkbox"/> 1/2 til 1 år <input type="checkbox"/> 1 - 5 år <input type="checkbox"/> Mer enn 5 år
Ansettelsesforhold <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Selvstendig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Arbeidstid per uke <input type="checkbox"/> Fulltid <input type="checkbox"/> Deltid, angi prosent: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Under 10 timer
Arbeidstidsordning <input type="checkbox"/> Vanlig dagtid <input type="checkbox"/> Skiftarbeid <input type="checkbox"/> Overtid
Lønnsform <input type="checkbox"/> Fast lønn <input type="checkbox"/> Akkord <input type="checkbox"/> Ulønnet <input type="checkbox"/> Timelønn, angi kr pr time og antall pr år <input type="text"/>

**5. Administrativt**

Er skaden meldt politiet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket politidistrikt?	Anmeldelsesnummer	
Er skaden meldt NAV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Når?	Er skaden meldt Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Når?

**6. Fullmakt**

Fastlege	Sykehus
Fastlegens adresse	Andre aktuelle instanser
Undertegnede samtykker til at Eika Forsikring AS kan innhente nødvendige opplysninger fra leger, trygdekontor, offentlige myndigheter og andre forsikringsselskap	
Sted og dato	Skadelidtes underskrift

# YRKESKADE

Fylles ut ved ulykkeshendelse

## 7. Skadehendelsen

Når intr traff skaden? (dato og klokkeslett)			
Skadested(adresse, postnr./-sted)			
<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet område på arbeidssted	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidsplasser	<input type="checkbox"/> Arbeid annet sted enn vanlig, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeid	<input type="checkbox"/> Fritid	Annet (beskriv):
Vitner til hendelsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, opplys navn, adresse, telefonnummer og evt e-post:	
Hadde skadelidte inntatt alkohol/rusmidler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilke:	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Legemidler <input type="checkbox"/> Andre rusmidler

## 8. Skadens omfang

Medisinsk invaliditet i prosent		<input type="checkbox"/> Ikke fastsatt	<input type="checkbox"/> Død
---------------------------------	--	--	------------------------------

## 9. Gjøre mål på ulykkestidspunktet

--

## 10. Beskriv hendelsesforløpet (Hvordan skaden skjedde og hva var årsak til at skaden kunne oppstå, skriv evt. på et eget ark)

--

## 11. Bruk av vern av betydning for skadetilfellet

Ble personlig verneutstyr brukt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, angi hva slags
Var maskin/utstyr sikret på noen måte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, angi hvordan
Fungerte vernet/sikringen som forventet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis nei, hvorfor ikke?

## 12. Skadens art (Sett kryss for viktigste skade)

<input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår	<input type="checkbox"/> Forstuvning, forvridding	<input type="checkbox"/> Kuldeskade	<input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler	<input type="checkbox"/> Stråleskade
<input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt	<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Etsing	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Sjokk
<input type="checkbox"/> Tapt legemsdel	<input type="checkbox"/> Varmeskade	<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning	<input type="checkbox"/> Whiplash(nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Puls- og åndedrettsstans
<input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader. Beskriv:				

## 13. Hvilken kroppsdel er skaden (Sett kryss for viktigste skade)

<input type="checkbox"/> Hode, hals	<input type="checkbox"/> Skulder, arm	<input type="checkbox"/> Bryst, mage	<input type="checkbox"/> Hofte, bein, kne	<input type="checkbox"/> Nervesystem
<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Hånd, håndledd	<input type="checkbox"/> Indre organer	<input type="checkbox"/> Ankel, fot	
<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> Fingre	<input type="checkbox"/> Rygg	<input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade	
<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade. Beskriv:				

Ved dødsfall vedlegges dødsattest og nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4)

Sted og dato	Forsikringstakers underskrift	Skadelidtes underskrift
--------------	-------------------------------	-------------------------

Retur til Eika Forsikring AS, Postboks 332, 2303 Hamar

**YRKESYKDOM**  
Fylles ut ved yrkessykdom

**14. Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen**

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens navn	Adresse	Type næring

**15. Hva lider skadelidte av? (Diagnose)**

--

**16. Konstatering**

<b>Når oppsøkte skadelidte lege første gang for lidelsen?</b>	
Legens navn	
Adresse	
Eventuelt sykehus	
<b>Når ble sykdommen konstatert?</b>	
Legens navn	
Adresse	
Eventuelt sykehus	

Ved dødsfall vedlegges dødsattest og nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4)

Sted og dato	Forsikringstakers underskrift	Skadelidtes underskrift
--------------	-------------------------------	-------------------------

**Retur til Eika Forsikring AS, Postboks 332, 2303 Hamar**

# Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

## Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal bare sendes Eika Forsikring når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning til arbeidet som medfører

- varig arbeidsuførhet (tapt inntekt, tap i fremtidig erverv),
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall.

## Hvem skal fylle ut skademeldingsskjemaet?

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

## Hva skal fylles ut?

Skjemaet består av tre sider.  
Den første siden fylles **alltid** ut.  
Side to fylles kun ut ved yrkesskade, side tre kun ved yrkessykdom.

Der det er avkrysningsmuligheter, skal det **alltid** settes **ett** kryss.  
Blir det for liten plass i rubrikkene, så legg ved et eget ark.

## Forklaringer til enkelte punkter

Med **samboer** menes

- person som sikrede har levet sammen med i ekteskaplignende forhold, hvis det fremgår i Folkeregisteret at vedkommende har hatt samme bopel som sikrede i de siste to år, eller det på annen måte godgjøres at det ekteskaplignende forhold har vedvart i de siste to år eller
- person som har felles barn med sikrede.

Dette gjelder likevel ikke hvis det på det tidspunkt forsikringstilfellet inntrådte forelå forhold som var til hinder for at lovlig ekteskap kunne inngås.

## 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
- dåps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn
- skifteattest

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