

SKADEMELDING

VED PERSONSKADE

Skademeldinga gjeld:

<input type="checkbox"/> Yrkesskade/yrkessjukdom	<input type="checkbox"/> Skade under verneplikt	<input type="checkbox"/> Trafikkulykke/bilskade
<input type="checkbox"/> Dødsfall	<input type="checkbox"/> Psykisk seinskade etter internasjonale operasjonar	

Opplysningar om den skade:

Namn:	Personnummer:	
Privat adresse:	Postnummer/-stad:	
E-post:	Telefon:	
Yrke/stilling:	Kontonummer:	
NAV kontor:	Skattekommune:	
Brutto månadslønn på skadetidspunktet:	Faste tillegg pr. måned:	Lønn året før skadeåret:

Opplysningar om arbeidstilhøvet:

Arbeidsgjevar:	Arbeidsstad:
Tilsett dato:	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Mellombels <input type="checkbox"/> Anna - grei ut:
	<input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid - oppgje i %:

Opplysningar om skaden:

Skadetidspunkt:	Dato:	Klokkeslett:
Skadestad: <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> Arbeid på annan stad enn vanlig arbeidsstad, tenestereise <input type="checkbox"/> På veg til/frå arbeidsstaden <input type="checkbox"/> Anna område på arbeidsstaden <input type="checkbox"/> På veg mellom arbeidsstader <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstida		

Kva for kroppsdel er skada?

Grei ut om hendinga som førte til skaden. Korleis skjedde skaden? Kva skade fekk du? **MÅ FYLLAST UT!** (Bruk gjerne eige ark)

Var det vitne til hendinga? Oppgje namn og telefon.

Opplysningar ved yrkessjukdom:

Kva for sjukdom?

Kvar og når skjedde den skadelege påverknaden?

Når viste dei fyrste symptoma seg?

Helseopplysningar i samband med skaden/sjukdommen:

Jeg oppsøkte lege fyrste gong på grunn av skaden/sjukdommen, dato:

Namn og adresse til legen:

Legen som behandla meg for skaden/ssjukdommen, namn og adresse:

Helsetilstanden min i dag:

Er du blitt påført varig mein? Ja Nei Veit ikkje

Er du under behandling for skaden/sjukdommen? Ja Nei

Har du søkt om nokre av dei følgjande ytingane frå NAV?

Ytingar ved yrkesskade

Attføring-/rehabiliteringspenger

Meinerstatning

Uføreyting

Er du i dag: Delvis sjukmeldt Heilt sjukmeldt Arbeidsfør

Mottar du uførepensjon frå Statens Pensjonskasse: Ja Nei

Periodar der du har vore sjukmeldt som følgje av skaden/sjukdommen:

Ved trafikkulykke/påkjørsle av bil:

Oppgje forsikringselskap, skadenummer, bilnummer, namna til partane. **Legg ved kopi av skademeldinga.**

Andre opplysningar:

Var du i skadeaugneblinken påverka av alkohol narkotiske middel eller medisin?

Ja Nei

Er du ulykkesforsikra i anna selskap?

Ja Nei

Kva for selskap?

Er skaden meldt til anna selskap?

Ja Nei

Oppgje ev. skadenummer:

Behandlingsutgifter **som ikkje blir dekkja av NAV eller andre**, utgjer

kr:

Originalkvitteringar skal leggjast ved.

Sjå elles rettleinga , side 5.

Er det utbetalt nokon form for erstatning etter skaden?

Ja Nei

Viss «Ja»: Frå kven og kor mykje?

Er nokre andre ansvarleg for skaden? Viss ja, kven?

Eg stedfestar at opplysningane er korrekte og så fullstendige som mogleg.

Eg gje Statens Pensjonskasse fullmakt til å innhente opplysningar frå lege, NAV, arbeidsgjevar, likningskontor, styresmakter eller andre for å kunne ta standpunkt til kravet mitt om erstatning.

Namnet til den skadde/attlevande:

Stad/dato:

Underskrift:

OPPLYSNINGAR FRÅ ARBEIDSGJEVAR

Opplysningar om arbeidsgjevar:

Arbeidsgjevar:		Organisasjonsnummer.:
Arbeidsstad:		Telefon:
Adresse:		Postnummer/-stad:
Kontaktperson:	Telefon:	E-post:

Opplysningar om den skadde:

Namn:	Yrke/stilling:
Brutto månadslønn på skadetidspunktet:	Faste tillegg pr. måned:

Opplysningar om arbeidstilhøvet:

Tilsett dato:	<input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Mellombels <input type="checkbox"/> Anna - grei ut:
	<input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid - oppgje i %:

Opplysningar om skaden/sjukdommen

Skadetidspunkt (dato og klokkeslett):
Skadestad: <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> Arbeid på anna stad enn vanlig arbeidsstad, tenestereise <input type="checkbox"/> På veg til/frå arbeidsstaden <input type="checkbox"/> Anna område på arbeidsstaden <input type="checkbox"/> På veg mellom arbeidsstader <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstida
Dersom skaden skjedde anna stad enn på vanlig arbeidsplass, gjer nærare greie for dette:
Arbeidsgjevars utgreiing om hendinga som førte til skaden. Korleis skjedde skaden? Kva skade fekk du? MÅ FYLLAST UT! (Bruk gjerne eige ark)
Var det vitne til hendinga? Oppgje namn og telefon.
Ved yrkessjukdom: Grei ut om yrkessjukdommen.

Ved yrkessjukdom: Når og kvar skjeddde den skadelige påverknaden? (Bruk gjerne eige ark)

Opplysningar om sjukefråver med vidare i samband med skaden/sjukdommen:

Pr. i dag er arbeidstakar:	<input type="checkbox"/> I full stilling	<input type="checkbox"/> Delvis sjukmeldt	<input type="checkbox"/> Heilt sjukmeldt
Arbeidstakar har vore arbeidsudyktig i perioden:			
F.o.m. dato - t.o.m. dato:	I denne perioden har arbeidstakar vore:		
	<input type="checkbox"/> Heilt sjukmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sjukmeldt - oppgje %:		
	<input type="checkbox"/> Heilt sjukmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sjukmeldt - oppgje %:		
	<input type="checkbox"/> Heilt sjukmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sjukmeldt - oppgje %:		
Når blei skaden/sjukdommen meldt til arbeidsgjevar?			
Er skaden/sjukdommen meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Viss «ja»: Legg ved kopi.			
Er skaden/sjukdommen meldt til NAV trygd? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Viss «ja»: Legg ved kopi.			
Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Viss «ja»: Kva for politietat?			
Var den skadde i skadeaugneblinken påverka av alkohol, narkotiske stoff eller medisin?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje			
Har det blitt utbetalt nokon erstatning frå arbeidsgjevar etter skaden?			
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			
Viss "ja": Kor mykje? Kva skulle erstatninga dekkje?			

Opplysningane stadfestast av arbeidsgjevar:

Dato:	Underskrift:	Stempel:
Talet på vedlegg:		

RETTLEIING TIL SKADEMELDINGSSKJEMAET

Når skal skjemaet brukast?

Ved personskade som kan gje rett til erstatning etter Lov om yrkesskadeforsikring eller Hovedtariffavtalen i staten, Bilansvarslova, Forskrift om rett til engangserstatning for vernepliktige og Forskrift om erstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltagelse i internasjonale operasjoner mv.

Kven skal fylle ut skjemaet?

Den skadde må fylle ut side 1 og 2.

Ved yrkesskade må arbeidsgjevar fylle ut side 3 og 4.

Legeerklæringa på side 6 skal fyllast ut, men avhengig av sjukdommen kan det vurderast om det er naudsynt med legeerklæring for å få saka opplyst. Har ein til dømes andre relevante legeerklæringar om skaden/sjukdommen kan desse leggjast ved.

Melding til Arbeidstilsynet og NAV

Yrkesskade/sjukdom skal alltid meldast til NAV trygd og ved alvorlege tilfelle til Arbeidstilsynet. Legg ved kopi av desse meldingane når skademelding blir sendt til Statens Pensjonskasse.

Forelding

Skademelding bør sendast til Statens Pensjonskasse rett etter at ulykka har skjedd eller så fort sjukdommen er konstatert. Som hovudregel blir kravet til den skadde mot forsikringsgjevar forelda tre år etter det kalenderåret då den skadde fekk eller burde skaffa seg naudsyn informasjon om dei tilhøva som er grunnlag for kravet.

Ukorrekte opplysningar

Kjem det fram at den skadde har gjeve feilaktige opplysningar eller halde tilbake opplysningar som er viktig for saka, kan dette føre til at erstatninga blir avkorta eller fell bort. Feilaktig utbetalt erstatning vil ev. kunne bli krevd attende.

Tilhøvet til folketrygda

Når det gjeld dekning av utgifter som følgje av yrkesskade/sjukdom, er ytingane i NAV primære i høve til erstatning frå Statens Pensjonskasse. Har ein utgifter til behandling, skal ein derfor i fyrste rekkje søkje desse dekkja av NAV. Statens Pensjonskasse kan vurdere å dekkje utgifter som er høgare enn det folketrygda kan dekkje.

Ved kombinert bil/yrkesskadar.

Når yrkesskaden skuldast ei trafikkulykke, er forsikringsselskapet til køyretøyet primært ansvarleg. Skaden må då meldast til bilselskapet. Den skadde har ikkje rett til full erstatning frå begge ordningane. Dersom politiets eller forsvarets køyretøy er årsak til skaden, skal kravet meldast Statens Pensjonskasse direkte.

For fleire opplysningar viser vi til vår internettside www.spk.no.

LEGEERKLÆRING

Dato:	Namnet til legen:	Bedriftslege: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Namnet til pasienten:		Fødselsdato:
Adresse:		
Behandla fyrste gong for skaden/sjukdommen:		
Kor lenge har du kjent og/eller behandla den skadde?		
Grei ut om skaden. Grei ut om objektive funn og symptom. Bruk gjerne eige ark.		
Har sjukdom, sjukeleg tilstand e.l. ført til skaden/ sjukdommen eller medverka til at han fant stad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje	Er tilstanden til den skadde forverra av skaden/sjukdommen eller av veikskap som var til stades før skaden/sjukdommen fant stad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje	Var den skadde påverka av alkohol, narkotiske stoff eller medisin då skaden/sjukdommen skjedde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje
Vil skaden/sjukdommen føre til varig medisinsk invaliditet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mogleg <input type="checkbox"/> Ja, ev. grad:	Vil skaden/sjukdommen føre til at den skadde blir ervervsmessig ufør? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mogleg <input type="checkbox"/> Ja, ev. grad:	Er det forordna behandling? Viss "ja", kva:
Prognose og eventuelle kommentarar:		

Sjukefråver

Pr. i dag er pasienten: <input type="checkbox"/> Delvis sjukmeldt <input type="checkbox"/> Heilt sjukmeldt <input type="checkbox"/> Heilt arbeidsfør
Pasienten har vore heilt eller delvis sjukmeldt i følgjande periodar:

Honorar sendast til:

Namn:	Personnummer:
Adresse:	Skattekommune:
Postnummer:	Poststad:
Sjølvtendig næringsdrivande: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kontonummer:
	Telefon:

Dato, stempel og underskrift: