

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fylles ut av skadelidte

Les dette før du fyller ut skademeldingen

Skademeldingen sendes i posten til Statens pensjonskasse, postboks 10 Skøyen, 0212 Oslo eller elektronisk ved å logge inn på Min side på spk.no. På nettsiden kan også du lese mer om vilkårene og informasjon om erstatning.

Vi anbefaler at du laster ned skjemaet og åpner det i Adobe Acrobat. Les om hvordan vi behandler personopplysninger på spk.no/personvern-skade.

Skademeldingsskjemaet består av to deler:

Del 1 skal fylles ut, signeres og sendes inn av skadelidte.

Del 2 skal fylles ut, signeres og sendes inn av arbeidsgiver.

Skademeldingen gjelder

Yrkesskade/yrkessykdom

Skade under verneplikt/
sivilforsvaret

Trafikkulykke

Reiseulykke/tjenestereise

Dødsfall (avdøde anses som "skadelidte")

Opplysninger om skadelidte

Fødselsnummer (11 sifre)

Fullt navn (fornavn, mellomnavn og etternavn)

Privat adresse

Postnummer

Poststed

Mobilnummer (8 sifre)

E-postadresse

Arbeidsgiver

Organisasjonsnummer (9 sifre)

Brutto årslønn (året før skadeåret)

Brutto månedslønn (skademåned)

Fast tillegg per måned

Kontonummer

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fylles ut av skadelidte

Opplysninger om skaden

Når inntraff skaden?

Dag

Måned

År

Klokkeslett

Hvor inntraff skaden? (skadested)

 På vanlig arbeidssted På vei mellom arbeidssteder På vei til/fra arbeidssted Privat ærend i arbeidstiden Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted eller tjenestereise

Annet (spesifiser)

Beskriv hendelsesforløpet: Hvordan skjedde skaden? Hvilke skader ble du påført? Bruk eget ark hvis feltet er for lite.

Kryss av om skaden/sykdommen er meldt til:

 Nav Arbeidstilsynet Politiet Ingen av alternativene

Kryss av om du var påvirket av alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner:

 Nei Ja

Kryss av om andre er ansvarlig for skaden/sykdommen:

 Nei Ja

Hvis ja, oppgi hvem

Kryss av om det var vitner til hendelsen:

 Nei Ja

Hvis ja, oppgi navn

Telefonnummer til eventuelle vitner

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fylles ut av skadelidte

Helseopplysninger i forbindelse med skaden/sykdommen

Hvilken kroppsdel er skadet?

Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle skaden/sykdommen?

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beskriv din helsetilstand i dag: Bruk eget ark hvis feltet er for lite.

Kryss av om du er under behandling for skaden/sykdommen:

 Nei Ja

Kryss av om du har blitt påført varig skade/sykdom:

 Nei Ja

Er du i dag:

 Arbeidsfør Delvis sykmeldt Helt sykmeldt

Oppgi eventuelt dato for sykemeldingsperiode(r):

Tidsrom:

Dag	Måned	År	til	Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Måned	År	til	Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Måned	År	til	Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Måned	År	til	Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fylles ut av skadelidte

Opplysninger ved yrkessykdom

Dette fylles ut kun dersom skademeldingen gjelder yrkessykdom.

Hvilken sykdom søker du erstatning for?

Hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Når skjedde den skadelige påvirkningen?

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Når viste de første symptomene seg?

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Opplysninger ved trafikkulykke

Dette fylles ut kun dersom skademeldingen gjelder trafikkulykke.

Hvilket forsikringsselskap er ulykken meldt til?

Oppgi skadenummer hos forsikringsselskap

Oppgi registreringsnummer til bilen som er ansvarlig for skaden

Vi ber om at du legger ved kopi av trafikkskademeldingen.

Opplysninger om ytelser/erstatninger

Kryss av om du mottar eller har søkt om uførepensjon fra Statens pensjonskasse eller fra et forsikringsselskap.

Nei

Ja

Hvis ja, hvilket
forsikringsselskap?

Kryss av om du mottar eller har søkt om ytelser fra Nav:

Nei

Ja

Hvis ja, kryss av for hvilke ytelser har du søkt om:

Ytelser ved yrkesskade

Arbeidsavklaringspenger

Ménerstatning

Uføretrygd

Sykepenger

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fylles ut av skadelidte

Kryss av om du er ulykkesforsikret i et forsikringselskap:

Nei

Ja

Hvis ja, i hvilket forsikringselskap er du ulykkesforsikret?

Kryss av om skaden er meldt til et forsikringselskap:

Nei

Ja

Hvis ja, oppgi skadenummer:

Kryss av om det er utbetalt noen form for erstatning for skaden:

Nei

Ja

Hvis ja, fra hvem?

Hvis ja, hvor mye?

Signatur

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift (skadelidte)

NB! Oppgi navn og kontaktopplysninger dersom skademeldingen er utfylt av andre enn skadelidte.

Fullt navn (fornavn, mellomnavn og etternavn)

E-postadresse

Mobilnummer (8 sifre)

Dato (dag, måned, år)

Underskrift (andre enn skadelidte)

Skademelding ved personskade

Del 2 - Fylles ut av arbeidsgiver på skadetidspunktet

Opplysninger om arbeidsforholdet

Skadelidtes fulle navn

Skadelidtes fødselsnummer (11 sifre)

Skadelidtes yrke/stilling

Arbeidssted

Ansatt dato

Dag

Måned

År

Skadelidte er/var

Fast ansatt

Midlertidig ansatt

Annet, beskriv

Skadelidte er/var

I full stilling

Deltidsstilling

Ved deltid, oppgi prosent

Opplysninger om arbeidsgiver

Navn på virksomhet

Fullt navn på kontaktperson

Organisasjonsnummer (9 sifre)

Adresse

Postnummer

Poststed

Telefon (8 sifre)

E-postadresse

Skademelding ved personskade

Del 2 - Fylles ut av arbeidsgiver på skadetidspunktet

Opplysninger om skaden

Når inntraff skaden/sykdommen:

Dag	Måned	År	Klokkeslett
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor inntraff skaden? (skadested):

På vanlig arbeidssted

På vei mellom arbeidssteder

På vei til/fra arbeidssted

Privat ærend i arbeidstiden

Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted eller tjenestereise

Annet (spesifiser):

Beskriv hendelsesforløpet ved skaden (Hvordan skjedde skaden? Hvilke skader ble påført? Bruk gjerne eget ark)

Signatur

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift (arbeidsgiver)
