

# 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 via Min side på [www.spk.no](http://www.spk.no). På nettsiden kan også du lese mer om vilkårene og informasjon om erstatning.

Vi oppfordrer deg til å lese om hvordan vi behandler personopplysninger på [spk.no/personvern-skade](http://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          |
| <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 du påført? Bruk gjerne eget ark)

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 gjerne eget ark)

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 forsikringsselskap:

Nei

Ja

Hvis ja, i hvilket forsikringsselskap er du ulykkesforsikret?

Kryss av om skaden er meldt til et forsikringsselskap:

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 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)

---