

Les dette før du fyller ut skjemaet

Skademeldingsskjemaet er i to delar. Skadelidde skal fyller ut og signere del 1. Del 2 skal fyllast ut og signerast av arbeidsgjevar då skaden skjedde.

Vi be om at du fyller ut alle felte i skjemaet. Utfylt skjema sendast til Statens pensjonskasse. For fleire opplysningar om forsikringsordningane i Statens pensjonskasse, sjå www.spk.no.

SKADEMELDINGA GJELD

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yrkesskade/Yrkessjukdom | <input type="checkbox"/> Skade under verneplikt/sivilforsvaret | <input type="checkbox"/> Reiseulykke/tenestereise |
| <input type="checkbox"/> Dødsfall (Avdøde blir rekna som "skadelidd") | <input type="checkbox"/> Trafikkulykke | |

OPPLYSNINGAR OM SKADELIDDE

Namn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Privat adresse:	
Postnummer:	Poststad:
E-post:	Telefon:
Arbeidsgjevar:	Organisasjonsnummer:
Brutto årslønn, året før skadeåret: kroner	Brutto månedslønn då skaden skjedde: kroner
Fast tillegg pr. måned: kroner	Kontonummer:

OPPLYSNINGAR OM SKADEN

Når inntraff skaden? Dato:	Klokkeslett:		
Kvar skjedde skaden (skadestad)? Kryss av:			
<input type="checkbox"/> På vanleg arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Arbeid på annan stad enn vanleg arbeidsplass eller på tenestereise	<input type="checkbox"/> På veg til/frå arbeidsstaden	<input type="checkbox"/> Anna - spesifiser kvar:
<input type="checkbox"/> På veg mellom arbeidstader		<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstida	

Grei ut om hendinga som førte til skaden: Korleis skjedde skaden? Kva for skade blei du påført? (Bruk gjerne eige ark)

Er skaden/sjukdommen meldt til: Kryss av:

NAV Arbeidstilsynet Politiet Ingen av alternativa

Var du påverka av alkohol, narkotiske middel eller medisin då skaden skjedde? Kryss av:

Ja Nei

Er nokon andre ansvarleg for skaden? Kryss av:

Ja Nei Viss ja, oppgje kven:

Var det vitne til hendinga? Kryss av:

Ja Nei Viss ja, oppgje namn:

Telefonnummer til eventuelle vitne:

HELSEOPPLYSNINGAR I SAMBAND MED SKADEN/SJUKDOMMEN

Kva for kroppsdel er skada?

Når oppsøkte du lege fyrste gong for den aktuelle skaden/sjukdommen (dato)?

Beskriv helsetilstanden din i dag: (Bruk gjerne eige ark)

Er du under behandling for skaden/sjukdommen? Kryss av:

Ja Nei

Er du blitt påført varig skade/sjukdom? Kryss av:

Ja Nei

Er du i dag:

Arbeidsfør Delvis sjukmeldt Heilt sjukmeldt

Oppgje eventuelt dato for sjukemeldingsperiode(ar):

OPPLYSNINGAR VED YRKESSJUKDOM

Fyllast ut dersom skademeldinga gjeld yrkessjukdom.

Kva for sjukdom søker du om erstatning for?

Kvar og når skjedde den skadelege påverknaden?

Når viste dei første symptoma seg?

OPPLYSNINGAR VED TRAFIKKULYKKE

Fyllast ut dersom skademeldinga gjeld trafikkulykke.

Kva for forsikringsselskap er ulykka meldt til?

Oppgje registreringsnummeret til bilen:

Oppgje skadenummeret i forsikringsselskapet:

Vi ber om at du legg ved kopi av trafikkskademeldingsskjemaet.

OPPLYSNINGAR OM YTINGAR/ERSTATNINGAR

Mottek du eller har du søkt om uførepensjon frå Statens pensjonskasse eller frå eit forsikringsselskap? Kryss av:

 Ja Nei

Viss ja, kva for forsikringsselskap?

Mottek du eller har du søkt ytingar frå NAV? Kryss av:

 Ja Nei

Viss ja, kva for ytingar har du søkt om? Kryss av:

 Ytingar ved yrkesskade Meinerstatning Sjukepengar
 Arbeidsavklaringspengar Uføretrygd

Er du ulykkesforsikra i eit forsikringsselskap? Kryss av:

 Ja Nei

Viss ja, i kva for forsikringsselskap er du ulykkesforsikra?

Er skaden meldt til eit forsikringsselskap? Kryss av:

 Ja Nei

Viss ja, oppgje skadenummer:

Er det utbetalt nokon form for erstatning for skaden? Kryss av:

 Ja Nei

Viss ja, frå kven og kor mykje? Frå:

Kroner:

SIGNATUR

NB! Oppgje namn og kontaktopplysningar dersom skademeldinga er utfylt av andre enn skadelidte.

Stad/dato:

Underskrift:

OPPLYSNINGAR OM ARBEIDSFORHOLDET

Namn til skadelidde:

Yrke/stilling til skadelidde:

Arbeidsstad:

Tilsett dato:

Den skada er:

Fast tilsett

Førebels tilsett

Anna, beskriv:

Den skada er:

i full stilling

arbeider deltid

Ved deltid, oppgje prosent:

prosent

OPPLYSNINGAR OM ARBEIDSGJEVAR

Namn på verksemda:

Organisasjonsnummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststad:

Kontaktperson:

Telefon:

E-post:

OPPLYSNINGAR OM SKADEN

Når skjedde skaden/sjukdommen? Skadedato:

Klokkeslett:

Kvar skjedde skaden (skadestad)? Kryss av:

På vanleg arbeidsplass

Arbeid på annen stad enn
vanleg arbeidsplass
tenestereise

På veg til/frå arbeisstaden

Privat ærend i arbeidstida

Anna - spesifiser kvar:

.....

Grei ut om hendinga ved skaden/sjukdommen: Korleis skjedde skaden/sjukdommen? Kva for skade/sjukdom blei påført?
(Bruk gjerne eige ark)

SIGNATUR

Dato:

Underskrift: