

## Skademeldingsskjema - Personskade

Skjemaet må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Bevisst uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppjøret kan medføre tap av enhver rett etter forsikringsavtalen, jf. Forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1.

Forsikringstaker		
Arbeidsgivers navn		Kundenummer
Adresse		Organisasjonsnummer
Postnummer	Sted	E-postadresse
Kontaktperson		Telefon
Skadelidte		
Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse		Telefon
Postnummer	Sted	E-postadresse
Yrke / stilling		Konto nummer
Sivil status <input type="checkbox"/> Ugift ___ <input type="checkbox"/> Gift ___ <input type="checkbox"/> Samboer ___ <input type="checkbox"/> Skilt/separert ___		Lønn året før skaden _____
Ved samboerskap kortere enn 2 år:    Ja ___    Nei ___		Lønn hittil i år _____
Felles barn? <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___		
Forsørgelsesbyrde (oppgi antall barn og fødselsår)		Medlem av folketrygden <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___
Andre forsikringsselskaper skaden/sykdommen er meldt til (oppgi navn på forsikringsselskap)?		
Arbeidsforhold		
Opplysningene gjelder stillingen skadelidte har/hadde da ulykken skjedde eller da skadelidte ble eksponert for sykdommen		
Ansettelsesdato:		
Ansettelsesforhold <input type="checkbox"/> Fast ___ <input type="checkbox"/> Midlertidig ___ <input type="checkbox"/> Sesong ___ <input type="checkbox"/> Selvstendig ___ <input type="checkbox"/> Annet ___		
Erfaring i stilling <input type="checkbox"/> Under ½ år ___ <input type="checkbox"/> Midlertidig ½ til 1 år ___ <input type="checkbox"/> 1-5 år ___ <input type="checkbox"/> Mer enn 5 år ___		
Arbeidstid <input type="checkbox"/> Deltid ___ <input type="checkbox"/> Heltid ___	Arbeidstidsordning <input type="checkbox"/> Dagtid ___ <input type="checkbox"/> Vanlig skiftarbeid ___ <input type="checkbox"/> Overtid ___	
Lønnsform <input type="checkbox"/> Fast ___ <input type="checkbox"/> Akkord ___ <input type="checkbox"/> Ulønnet ___ <input type="checkbox"/> Annet ___		
Skadens omfang		

<b>Sykefravær</b>		
<input type="checkbox"/> 0 dager __ <input type="checkbox"/> 1-3 dager __ <input type="checkbox"/> 4-14 dager __ <input type="checkbox"/> 14 dager – 6 mnd __ <input type="checkbox"/> 6 mnd – 1 år __ Over 1 år __		
<b>Konsekvens</b>		
<input type="checkbox"/> Ikke ufør __ <input type="checkbox"/> Ikke varig ufør __ <input type="checkbox"/> Varig ufør __ <input type="checkbox"/> Død __ <input type="checkbox"/> Ikke fastsatt __		
<b>Medisinsk invaliditet:</b>		
<input type="checkbox"/> Ja __ <input type="checkbox"/> Nei __ <input type="checkbox"/> Mulig __		
<b>Administrativt</b>		
<b>Behandlerende lege</b>		<b>Eventuelt sykehus</b>
<b>Adresse</b>		<b>Telefon</b>
<b>Er tilfellet meldt politiet</b>	<b>Når/dato</b>	<b>Meldt av hvem</b>
<input type="checkbox"/> Ja __ <input type="checkbox"/> Nei __		
<b>I hvilket politikammer/lensmannskontor:</b>		
<b>Er hendelsen meldt til Arbeidstilsynet</b>	<b>Når/ dato</b>	<b>Meldt av hvem</b>
<input type="checkbox"/> Ja __ <input type="checkbox"/> Nei __		
<b>Meldt som yrkesskade til NAV?</b>	<b>Når/dato</b>	<b>Meldt av hvem</b>
<input type="checkbox"/> Ja __ <input type="checkbox"/> Nei __		
<b>Yrkesulykke/annen ulykke (fylles kun ut ved ulykke)</b>		
Husk å legge ved kopi av melding til Nav og Arbeidstilsynet		
Skadedato: _____ Klokkeslett: _____		
Er skaden skjedd ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Nei _____ <input type="checkbox"/> Ja _____		
Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier:		
<b>Skadested</b>		
<input type="checkbox"/> __ På vanlig arbeidsplass/ håndverker på oppdrag	<input type="checkbox"/> __ Annet område på arbeidstødet	
<input type="checkbox"/> __ På vei mellom arbeidstødet	<input type="checkbox"/> __ Arbeid annet sted enn vanlig/tjenestereise	
<input type="checkbox"/> __ Privat ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> __ På vei til og fra arbeid	
<input type="checkbox"/> __ Fritid	<input type="checkbox"/> __ Annet (beskriv)	
Skadestedets adresse		Kommune
Gjøremål på ulykkestidspunktet		
Beskrivelse av <b>hendelsesforløpet</b> - hva skjedde og hva var årsaken til at dette skjedde (bruk eget ark om nødvendig)?		
Vitner til hendelsen (oppgi navn, telefonnummer, eventuelt stilling)		
Når oppsøkte du lege første gang?		
Dato: _____ Hvilken lege/sykehus behandlet deg? _____		

Er skaden skjedd ved utøvelse av yrke / næring	Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___ <input type="checkbox"/>
--	--

## Bruk av verneutstyr av betydning for ulykken

Ble personlig verneutstyr brukt? <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___ <input type="checkbox"/>	Hvis ja – angi hva slags
Var maskinen / utstyret sikret på andre måter ? <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___ <input type="checkbox"/>	Hvis ja – angi hva slags
Fungerte vernet / sikringen som forventet? <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___ <input type="checkbox"/>	Hvis nei – hvorfor ikke

## Skadens art: Hvilken kroppsdelt er skadet?

Sett et kryss for viktigste skade  <input type="checkbox"/> ___ Bløtdelsskade uten sår ___ Akutt forgiftning <input type="checkbox"/> ___ Sår, rift, kutt <input type="checkbox"/> ___ Overbelastning av muskler <input type="checkbox"/> ___ Tapt legemsdel ___ Hjernerystelse <input type="checkbox"/> ___ Forstuing, forvridning ___ Nakkesleng (whiplash) <input type="checkbox"/> ___ Brudd ___ Stråleskade <input type="checkbox"/> ___ Varmeskade ___ Sjokk <input type="checkbox"/> ___ Kuldeskade ___ Puls- og åndedrettsstans <input type="checkbox"/> ___ Etsing ___ Andre og uspesifiserte skader	Sett et kryss for viktigste skade  ___ Hode, hals <input type="checkbox"/> ___ Rygg ___ Øye ___ Hofte, bein, kne ___ Tenner ___ Ankel, fot ___ Skulder, arm ___ Bryst, mage ___ Hånd, håndledd ___ Nervesystem ___ Fingre ___ Indre organer ___ Omfattende legemsskade ___ Udefinert, annen skade
---	---

Ved dødsfall vedlegges dødsattest. Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget erstatning (se veiledning)

## Yrkessykdom (fyller kun ut ved yrkessykdom) Husk å legge ved kopi av melding til NAV/Arbeidstilsynet

Hva lider skadelidte av (diagnose)?

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Sykmeldt fra (måned, år)	Sykmeldt til (måned, år)	Bedriftens navn	Adresse	Type næring	Type påvirkning (stoffer, faktorer med mer)

## Konstateringstidspunkt

Når oppsøkte skadelidte lege første gang for lidelsen?

Legens navn	Adresse	
Eventuelt sykehus	Adresse	
Dato	Forsikringstakers underskrift	Skadelidtes underskrift

<b>Annen sykdom enn yrkessykdom</b>				
<b>Årsak til arbeidsuførhet</b>				
Sykdom (hvilken diagnose)?			Når ble sykdommen konstatert?	
Beskrivelse av sykdommen:				
Hvem er din fastlege (navn på lege, adresse)				
Når kontaktet du lege første gang for dette?		Eventuelle sykehusopphold (hvor, fra dato til dato)		
<b>Arbeidstaker har vært arbeidsufør i perioden:</b>				
Fra dato	Til dato	Ikke arbeidet <input type="checkbox"/>	Utført annet arbeid <input type="checkbox"/>	Delvis arbeidet, angi %
Fra dato	Til dato	Ikke arbeidet <input type="checkbox"/>	Utført annet arbeid <input type="checkbox"/>	Delvis arbeidet, angi %
Fra dato	Til dato	Ikke arbeidet <input type="checkbox"/>	Utført annet arbeid <input type="checkbox"/>	Delvis arbeidet, angi %
Eventuelle kommentarer:				
Dato	Forsikringstakers underskrift		Skadelidtes underskrift	

## Skademeldingsskjema – Dødsfall – Codan Forsikring

Skjemaet må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Bevisst uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppjøret kan medføre tap av enhver rett etter forsikringsavtalen, jf. Forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1.

Forsikringstaker		
Navn		Forsikringsnummer
Adresse		Organisasjonsnummer
Postnummer	Sted	Telefon nummer / telefaks
Kontaktperson,		E-post adresse
Opplysninger om avdøde		
Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse		
Postnummer	Sted	
Dødsdag		Når ble dødsfallet meldt arbeidsgiver:
Er dødsfallet forårsaket av yrket? <input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> NEI ___ Hvis ja, meld fra på skjema for yrkesskade		Er avdøde: <input type="checkbox"/> Arbeidstaker ___ <input type="checkbox"/> Medforsikret ektefelle/samboer ___
Når ble avdøde ansatt / innmeldt:	Avdødes forsikringssum ved inntredelse:	
<b>Var arbeidstaker helt arbeidsdyktig:</b>		
Ved inntredelse i forsikring		<input type="checkbox"/> Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___
Ved eventuelle senere forhøyelser av forsikringssum		Ja ___ <input type="checkbox"/> Nei ___
<b>Avdødes forsikringssum ved dødsfallet (eksklusiv eventuelle barnetillegg)</b>		
Stilling <input type="checkbox"/> Heltid ___ <input type="checkbox"/> Deltid i % _____ <input type="checkbox"/> Vikar ___ <input type="checkbox"/> Annet _____		
Siste arbeidsdag før eventuell sykemelding: _____	Uførepensjonert, dato _____	Førtidspensjonert, dato _____
Hvilket sykehus eventuelt hvilken lege behandlet avdøde sist (navn og adresse)		
Opplysninger om etterlatte		

Ugift ___ <input type="checkbox"/> Gift ___ <input type="checkbox"/> Samboer ___ <input type="checkbox"/> Skilt/separert ___ <input type="checkbox"/> Enslig forsørger ___	
Navn, adresse og telefonnummer på ektefelle/samboer/etterlatte:	
Barn: (navn, adresse, telefonnummer til verge og barnets fødselsdato)	
Dato	Forsikringstaker stempel / underskrift

## Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

### Når skal skjemaet brukes ?

Skademeldingsskjemaet skal bare brukes når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning kan ytes for sykdom/skade som medfører blant annet:

- utgifter eller inntektstap
- arbeidsuførhet
- varig medisinsk invaliditet
- dødsfall

### Hvem skal fylle ut skjemaet ?

Arbeidsgiver, eller en representant for denne, og arbeidstaker i felleskap bør fylle ut skjemaet.

### Hva skal fylles ut ?

Skjemaet består av 6 sider, inkludert veiledning.

Side 1-3 fylles ut ved ulykkeskader ved arbeidsulykker/andre ulykker og yrkessykdom

Side 4 fylles ut ved annen sykdom

Side 5 fylles ut ved dødsfall

Der det er avkrysningsmuligheter skal det kun settes ett kryss

Legg ved eget ark hvis det blir for liten plass og husk da å påføre disse navn og personnummer på skadelidte

### Melding til Arbeidstilsynet og/eller NAV

Yrkesskaden eller sykdommen skal meldes disse instansene etter gjeldene 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, for eksempel briller ved øyeskade, deksel ved klemskade og lignende.

### Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av:

- dødsattest
- vigselsattest
- dåps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn
- uskifte-/skifteattest
- testament dersom forsikringen omtales i dette

Avhengig av den enkelte sak vil også andre dokumenter kunne være nødvendig for å ferdigbehandle saken.

### Skjemaet kan sendes til:

[personskade@codanforsikring.no](mailto:personskade@codanforsikring.no)