

# SKADEMELDING

For uførekapital/annen sykdom

## OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Org.nr.	Forskringsbevisnr.
Arbeidssted		
Adresse		Telefon
Arbeidsgivers signatur		

## OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn		Personnr. (11 siffer)
Adresse		Privat telefon
Yrke/stilling		Bankkontonr. (for erstatning)
Sivilstatus (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann		Epost
Antall barn	Navn/fødselsdato	

## ARBEIDSFORHOLD (opplysningen gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunkt)

Ansettelsesforhold Ansatt dato <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig <input type="checkbox"/> Annet (beskriv)	
Arbeidstid <input type="checkbox"/> Under 10 timer pr uke <input type="checkbox"/> Øvrig deltid <input type="checkbox"/> Full	
Arbeidstakers brutto inntekt året før skaden	

## TILLEGGSOPPLYSNINGER

Var de i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. Medisiner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykke meldt til politiet? Hvis ja, hvilken politimyndighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvi ket selskap?
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvi ket selskap?
Ved trafikkulykke, oppgi navn på parter, bilnr., forsikringselskap og skadenr.	Ved hvilket trygdekonto er De registrert? Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoet  dokumenteres ved original-kvitteringer kr.....

## 1. ULYKKESSKADE

Dato	Klokkeslett
------	-------------

### SKADESTED

<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet området på arbeidssted	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Private ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidsstedet	<input type="checkbox"/> Fritid	
Hvor skjedde ulykke?			
Oppsto ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiver? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

### GJØREMÅL PÅ ULYKKESTIDSPUNKT

Dato	Klokkeslett
------	-------------

### BESKRIV HENDELSESFORLØPET

- Herunder hva som faktisk skjedde og hva som var årsak til at skaden kunne oppstå (legg ved egen forklaring ved behov)

--

## 2. SYKDOM

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens/kommunens navn	Type næring
Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvi ken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, fra hvilken forsikringssselskap?	Hvis ja, for hvi ken sykdom?

### 1 og 2 KONSTATERING

Når oppsøkte skadelidte lege for første gang for lidelsen?	Navn på lege
Legens adresse/eventuelt sykehus	

SKADENS ART (sett kryss for viktigste skade)		Hvilken kroppsdel er skadet (sett kryss for viktigste skade)	
<input type="checkbox"/> Bløtdelsskader uten sår	<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning	<input type="checkbox"/> Hode, hals	<input type="checkbox"/> Rygg
<input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt	<input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Ankel, fot
<input type="checkbox"/> Tapte lemsdel	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade
<input type="checkbox"/> Forstuing, forvridding	<input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Skulder, arm	<input type="checkbox"/> Nervesystem
<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Hånd, håndledd	<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade
<input type="checkbox"/> Varmeskade	<input type="checkbox"/> Sjokk	<input type="checkbox"/> Fingre	
<input type="checkbox"/> Kuldeskade	<input type="checkbox"/> Puls – og åndedrettsstans	<input type="checkbox"/> Bryst, mage	
<input type="checkbox"/> Etsing	<input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader	<input type="checkbox"/> Indre organer	
<input type="checkbox"/> Død av skaden – i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)			

### FULLMAKT VED PERSONSKADE

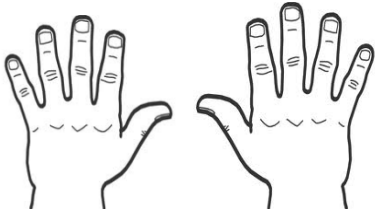
Forsikringssselskapet gis fullmakt til å innhente opplysninger fra trygdekontor, lege, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til mitt erstatningskrav.

Skadelidtes navn	Personnr.
------------------	-----------

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

**LEGEERKLÆRING** (må alltid fylles ut)

Arbeidsgiver
--------------

Pasientens navn		Født dato	Når overtok De behandlingen?		
Adresse		Dato Klokkeslett			
For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden		Første gangs erklæring	Mellomberetning	Slutt-erklæring	
		Ved mellomberetning og slutt-erklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger			
Behandlet første gang	Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn)		Evt. fingeramputasjon bes inntegnet på skissen.		
Første gangs erklæring	Adresse				
Hva består skaden i? (betegnelser bes brukt) Angi høyre/venstre					
Foreligger det en ulykkeskade dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av skadelidtes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand el.l framkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skadelidtes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadelidte påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Er det inntruffet kompl kasjoner? Evt. hvi ke?					
Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja	Evt, grad <input type="checkbox"/> .....%	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja		Evt, grad <input type="checkbox"/> .....%	
Prognose					
Merknader					
Lider skadede av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi Eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelighet? Hvi ken?					

**SYKEFRAVÆR**

Skadede var sykmeldt Fra: _____ Til: _____	Skadede var delvis sykmeldt Fra: _____ Til: _____
Skadede er p.t <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> i fullt arbeid	

Forsikringselskap er av skattemyndigheter pålagt oppgaveplikt for honorar og andre godtgjørelser. De er og pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. De bes derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige felter nedenfor.

Honorara bes sendt til:	Navn	Honorar sendes over <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Postgiro	Kontonr.
	Adresse, postnr., postkontor		Telefonnr.
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselsnr. (11 siffer)	
	Skattekommune	Trekk %	Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende

### **Når skal skjema brukes?**

Foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene skal skadeskjema sendes til IAM Insurance. Erstatning ytes for sykdom/skade i fritid som medfølger:

- Arbeidsuførhet/tapt inntekt, tap i fremtidig erverv
- Varig medisinsk invaliditet

### **Hvordan skal skjema brukes?**

Skadelidte fyller ut side 1 og side 2, gjerne i samarbeid med arbeidsgiver. Opplysningene bekreftes av arbeidsgiver og skadelidte. Legeerklæringen må også fylles ut.

Avhengig av den enkelte sak vil også andre dokumenter kunne være av betydning

Skjema sendes til: IAM Insurance

Løvenskiolds gate 26, 0260 OSLO

Epost: [claims@iam.no](mailto:claims@iam.no)