

MELDING OM ULYKKE

RETURADRESSE

Fylles ut av
selskapet

AVTALENUMMER

SKADENUMMER

Opplysninger om forsikringstaker

NAVN

VIRKSOMHET

ADRESSE

POSTNR. / STED

KONTAKTPERSON

E-MAILADRESSE

TELEFON

Opplysninger om skadelidte

NAVN

FØDELSNUMMER

PRIVAT ADRESSE

PRIVAT TELEFON

YRKE/ STILLING

SKATTEKOMMUNE

BANKKONTO

ANTATT ÅRSLØNN SKADEÅRET

ÅRSLØNN ÅRET FØR SKADEÅRET

LØNN UTBETALT I ÅR INNTIL SKADEDAG

SIVIL STATUS (KRYSS AV)

Ugift Samboer Gift Separert

MEDLEM AV FOLKETRYGDEN

Ja Nei

Skadens omfang

SYKEFRAVÆR

0 dager 1 - 3 dager 4 - 14 dager 14 dager - 6 mnd 6 mnd - 1 år Over 1 år

KONSEKVENNS

Ikke ufør Ikke varig ufør Vanlig ufør Død Ikke fastsatt

VIL SKADEN MEDFØRE LIVSVARIG INVALIDITET

Ja Nei Mulig

Administrativt

BEHANDLENDE LEGES NAVN

EVT. SYKEHUS

ADRESSE

TELEFON

ER TILFELLET MELDT POLITIET?

Ja Nei

NÅR/DATO

MELDT AV HVEM

TIL HVILKET POLITIKAMMER/LENSMANNSKONTOR?

MELDT TIL ARBEIDSTILSYNET? Bestillingsnr. 154 B

Ja Nei

NÅR/DATO

MELDT AV HVEM

MELDT TIL RIKSTRYGDEVERKET? RTV-blankett 11.01.A

Ja Nei

NÅR/DATO

MELDT AV HVEM

Beskriv hendelsesforløpet

SKADETIDSPUNKT

Dato _____ Klokkeslett _____ Skjedde skaden ved biluhell? Ja Nei Hvis ja, oppgi kjennetegn og eier _____

SKADESTED

På vanlig arbeidsplass/ håndverker på oppdrag Annet område på arbeidsstedet På vei mellom arbeidssteder
 Arbeid annet sted enn vanlig arbeidssted/tjenestereise Privat ærend i arbeidstiden På vei til/fra arbeidet Fritid
 Annet, beskriv: _____

SKADESTEDETS ADRESSE

POSTNR./ STED _____

KOMMUNE

BESKRIV HERUNDER HVORDAN ULYKKEN SKJEDDE OG HVA SOM VAR ÅRSAK TIL AT SKADEN KUNNE OPPSTÅ

Skadens art (sett ett kryss for viktigste skade)

Bløtdelsskade uten sår Akutt forgiftning
 Sår, rift, kutt Overbelastning av muskler
 Tappt lemedel Hjernerystelse
 Forstuing, forvridning Whiplash (nakkesleng)
 Brudd Stråleskade
 Varmeskade Sjokk
 Kuldeskade Puls- og åndedrettsstans
 Etsing Andre og uspesifiserte skader

Hvilken kroppsdel er skadet

Hode, hals Rygg
 Øye Hofte, bein, kne
 Tenner Ankel, fot
 Skulder, arm Omfattende legemsskade
 Hånd, håndledd Nervesystem
 Fingre Annen skade, beskriv
 Bryst, mage
 Indre organer

Konstatering

NÅR OPPSØKTE SKADELIDTE FØRSTE GANG LEGE FOR LIDELSEN?

LEGENS NAVN _____

ADRESSE _____

EVT. SYKEHUS _____

**Ved dødsfall
vedlegges**

Dødsattest
Nødvendig dokumentasjon som viser hvem som er berettiget til erstatning (se side 4).

DATO	FORSIKRINGSTAKERS UNDERSKRIFT	SKADELIDTES UNDERSKRIFT