

Skademelding

ARBEIDSUFØRHET / UFØREKAPITAL / ANNEN SYKDOM

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

FORSIKRINGSTAKER/ARBEIDSGIVER

Forsikringsnummer

Fødselsnummer (11 siffer) / Org. nummer

Forsikringstagers navn

Kontaktperson

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

OPPLYSNINGER OM SKADELIDENDE

Fylles inn hvis opplysningene er ulike informasjonen over

Fornavn

Etternavn

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Telefon

Postnummer

Sted

E-postadresse

Skattekommune

Anlegg forsikrede tilhører

NAV-kontor

Antatt årslønn skadeåret

Årslønn før skadeår

Lønn utbetalt i år, inntil skadedag

Ansatt dato / inntredelse i forsikringen

Stilling/yrke

Stillingsbrøk

Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen?

Ja Nei

Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved evt forhøyelse av forsikringssummen?

Ja Nei

Årsak til skade:

Yrkesskade/-sykdom

Annen ulykke

Annen sykdom

OPPLYSNINGER OM SYKEFRAVÆR

Maks dato for sykepenger

Full lønn t.o.m.

Type NAV-ytelse

Uføretrygd fra dato

Forsikrede er for tiden: Helt sykemeldt

Delvis sykemeldt

Helt arbeidsfør

Mottar arbeidsavklaringspenger

Oppgi dato for sykemeldingsperiode

Fra dato

Til dato

I denne perioden har arbeidstakeren:

Ikke arbeidet

Arbeidet

 %

Normal arbeidstid er

Ikke arbeidet

 %

Ikke arbeidet

 %

VED ULYKKE

Oppstod skaden under utførelse av lønnet arbeid i bedriften?

Ja Nei

Hvis ja, hva slags arbeid/virksomhet?

Hvilket politikammer er skaden meldt til?

Anmeldelsesnr

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

Ja Nei

VED TRAFIKKULYKKE

Partenes navn

Bilnummer

Forsikringsselskap

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden?

Ja Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Beskriv hendelsesforløpet som førte til ulykken (vedlegg evt kopi av rapporter)

Var du påvirket av alkohol eller andre berusende midler?

Ja

Nei

Hvis ja, hvilke rusmidler

VED SYKDOM

Hva består sykdommen i?

Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle lidelsen?

Legens navn

Når viste sykdommen de første symptomer?

Legens navn

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom?

Ja

Nei

Hvilken sykdom?

Når?

Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom?

Ja

Nei

Hvis ja, selskapets navn

For hvilken sykdom

BANKKONTO

Erstatningen ønskes overført til kontonummer

Navn på kontoeier

SIGNATUR

Arbeidsgivers underskrift og stempel (Ved kollektiv forsikring)

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift

Skadelidendes underskrift: Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.

Sted og dato

Skadelidendes underskrift

Utfylt skjema sendes til:

Post
Landkreditt Forsikring AS
Postboks 1824 Vika
0123 OSLO