



Norske Landbrukstenester

# SKADEMELDING

## FOR YRKESKADE/-SYKDOM OG ULYKKE FRITID

Meldingen gjelder:  Yrkesskade  Yrkessykdom  Ulykke fritid

### 1. Opplysning om forsikringstaker/arbeidsgiver

Forsikringstaker <b>Norske Landbrukstenester</b>		Organisasjonsnr. <b>975349330 MVA</b>	Forsikringsbevisnr.	
Arbeidsgivers navn (avløserlaget)		Arbeidsgivers adresse	Postnr.	Sted.
Arbeidsgivers organisasjonsnr.	Arbeidsgivers telefon	Arbeidsgivers telefaks	Arbeidsgivers signatur - daglig leder	

### 2. Opplysning om den skadelidte

Forsikredes etternavn, fornavn		Fødselsnr. (11 siffer)
Privat adresse		Privat telefon
Yrke/stilling		Bankontnr. (for evt. erstatning)
Sivilstand (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		
Antall barn	Navn/fødselsdato	

### 3. Arbeidsforhold (Opplysningene gjelder stillingen skadelidte hadde på skadetidspunktet.)

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	Under 10 timer pr. uke	Øvrig deltid	Full stilling
Arbeidstakers brutto inntekt året før skaden			

### 4. Andre opplysninger

Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. medisiner? Ja Nei	Er ulykken meldt til politiet? Ja Nei	Hvis ja, til hvilken politimyndighet?
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? Ja Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er ulykken meldt til arbeidstilsynet? Ja Nei
Er skaden meldt til annet selskap? Ja Nei	Hvis ja, hvilket selskap?	Er ulykken meldt til rikstrygdeverket? (Kopi av melding <b>SKAL</b> vedlegges.) Ja Nei
Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringselskap og skadenr.		Ved hvilket trygdekontor er De registrert?
<b>Skadede er for tiden (NB! MÅ FYLLES UT)</b> <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> I fullt arbeid		<b>Behandlingsutgifter</b> , ikke dekket av trygdekontoret,  dokumenteres ved <b>original-kvittering</b> , kr _____

## 5. Opplysninger om ulykke/yrkesskade

### 5.1 Skadetidspunkt

Dato  Klokkeslett

### 5.2 Skadested

- På vanlig arbeidsplass  Annet område på arbeidsstedet  På vei mellom arbeidssteder  Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise  
 Privat ærende i arbeidstiden  På vei til og fra arbeidsstedet  På fritid

Hvor skjedde ulykken?

Oppstod ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiver (lønnet gjennom avløserlaget)?

Ja  Nei

### 5.3 Gjøre mål på ulykkestidspunktet

Beskriv

### 5.4 Beskriv hendelsesforløpet

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

Beskriv

## 6. Opplysninger om yrkessykdom

### 6.1 Når og hvor skjedde den skadelige pavirkningen?

Fra (måned, år)  Til (måned, år)  Bedriftens/kommunens navn  Type næring

Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom?  Ja  Nei Hvis ja, hvilken sykdom?  Når?

Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom?  Ja  Nei Hvis ja, fra hvilket forsikringselskap?  Hvis ja, for hvilken sykdom?

## 7. Vedrørende punkt 5 og 6

### 7.1 Konstatering

Når oppsøkte skadelidte lege første gang for lidelsen?  Legens navn

Legens adresse/eventuelt sykehus

### 7.2 Skadens art

Bløtskade uten sår	Akutt forgiftning	Hode, hals	Rygg
Sår, rift, kutt	Overbelastning av muskler	Øyne	Ankel, fot
Tapt legemsdel	Hjernerystelse	Tenner	Omfattende legemsskade
Forstuing, forvriddning	Whiplash (nakkesleng)	Skulder, arm	Nervesystem
Brudd	Stråleskade	Hånd, håndledd	Udefinert, annen skade
Varmeskade	Sjokk	Fingre	
Kuldeskade	Puls- og åndedrettsstans	Bryst, mage	
Etsing	Andre og uspesifiserte skader	Indre organ	

Ved dødsfall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigede (se siste side)

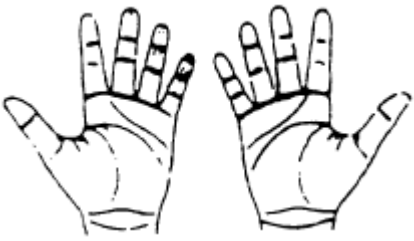
### 7.3 Fullmakt ved personskade

**TrygVesta Forsikring gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, trygdekontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta standpunkt til mitt erstatningskrav.**

Skadelidtes navn  Personnr.

Sted og dato  Underskrift skadelidte

## 8. Legeerklæring

Pasientens navn		Født dato	Når overtok De behandlingen? Dato			Klokkeslett
For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden		Første gangs erklæring	Mellom-beretning	Slutt-erklæring		
		Ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger				
Behandlet første gang	Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn)?					
Første gangs erklæring	Adresse					
Hva består skaden i? (Populære betegnelser bes brukt.) Angi høyre/venstre			Evt. fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen			
						
Foreligger det en ulykkeskade -dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes 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 skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?						
Vil skaden muligens 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 skadelidte av blindhet, døvhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøplighet? Hvilken?						
<b>8.1 Sykefravær</b>						
Skadede var sykemeldt Fra: _____ Til: _____			Skadede var delvis sykemeldt Fra: _____ Til: _____			
Skadede er for tiden <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> I fullt arbeid						
<b>Forsikringsselskapet er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er selskapet pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vær derfor vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysningene nedenfor</b>						
Honoraret bes sendt til:	Navn		Honoraret 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					
	Skattekommune		Trekk _____ %		<i>Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende</i>	

## Veiledning til utfylling av skademeldingsskjemaet

### Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Norske Landbrukstenester når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Norske Landbrukstenester registrerer skaden og sender den videre til TrygVesta Forsikring. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning til arbeidet/evt. fritid som medfører:

- arbeidsuførhet (tapt inntekt, tap i fremtidig erverv)
- varig medisinsk invaliditet eller
- dødsfall

### Hvordan skal skjemaet brukes?

Skadelidte fyller ut side 1 og side 2, gjerne i samarbeid med arbeidsgiver. Opplysningene bekreftes av arbeidsgiver og skadelidte. Legeerklæring kan fylles ut av skadelidtes lege.

### Forklaring til enkelte punkter

Med **samboer** menes:

- person som sikrede har levd sammen med i ekteskapslignende forhold, hvis det fremgår i Folkeregisteret at vedkommende har hatt samme bopel som sikrede i de siste 2 år, eller det på annen måte godtgjøres at det ekteskapslignende forholdet har vedvart i de siste 2 år eller
- person som har felles bobel og felles barn med sikrede.

Dette gjelder likevel ikke dersom det på det tidspunkt forsikringstilfellet inntrådte forelå forhold som var til hinder for at lovlig ekteskap kunne inngås.

### Melding til Arbeidstilsynet og/eller Rikstrygdeverket

Yrkesskaden eller -sykdommen skal meldes disse instansene etter gjeldende lover og forskrifter og kopi av meldingen vedlegges. Kopien er å regne som en del av skademelding

### Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av

- dødsattest
- vigselsattest
- dåps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn
- skifteattest eller annen offentlig dokumentasjon over erstatningsberettigede
- for samboere: utskrift fra Folkeregisteret

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

*Send skjemaet til:*

**Norske Landbrukstenester**

**Pb 21**

**5486 Rosendal**