



Norske Landbrukstenester

SKADEMELDING

FOR YRKESKADE/-SYKDOM OG ULYKKE FRITID

Meldingen gjelder: Yrkesskade Yrkessykdom Ulykke fritid

1. Opplysning om forsikringstaker/arbeidsgiver

Forsikringstaker Norske Landbrukstenester		Organisasjonsnr. 975349330 MVA		Forsikringsbevisnr.	
Arbeidsgivers navn (avløserlaget)		Arbeidsgivers adresse		Postnr.	Sted.
Arbeidsgivers organisasjonsnr.	Arbeidsgivers telefon	Arbeidsgivers telefaks	Arbeidsgivers signatur		

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 <input type="checkbox"/> Under 10 timer pr. uke <input type="checkbox"/> Øvrig deltid <input type="checkbox"/> Full stilling	
Arbeidstakers brutto inntekt året før skaden	

4. Andre opplysninger

Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Er ulykken meldt til politiet? Hvis ja, til 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, hvilket selskap?		Er ulykken meldt til arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilket selskap?		Er ulykken meldt til rikstrygdeverket? (Kopi av melding SKAL vedlegges.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Ved trafikulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringselskap og skadens.				Ved hvilket trygdekontor er De registrert?	
				Behandlingsutgifter, ikke dekket av trygdekontoret, dokumenteres ved original-kvittering , kr _____	

Vend!

5. Opplysninger om ulykke/yrkesskade

5.1 Skadetidspunkt

Dato Klokkeslett

5.2 Skadested

- På vanlig arbeidsplass Annet område på arbeidsteden På vei mellom arbeidssteder Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidsteden, tjenestereise
 Privat ærende i arbeidstiden På vei til og fra arbeidsteden 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, fra hvilket forsikringsselskap?	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

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bløtskade 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"/> Øyne | <input type="checkbox"/> Ankel, fot |
| <input type="checkbox"/> Tapt legemsdel | <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 organ | |

Død av skaden - i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigede (se siste side)

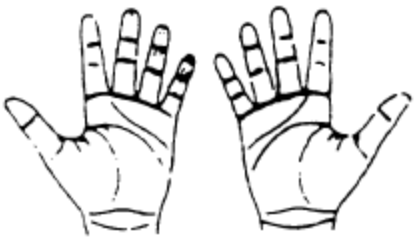
7.3 Fullmakt ved personskade

ACE Insurance 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		Mellomberetning	Slutt-erklæring	
				Ved mellomberetning og slutt-erklæring 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, døvhhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøplighet? Hvilken?						
8.1 Sykefravær						
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						
Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber Dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysningene nedenfor						
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					
	Skatteskommune		Trekk _____ %		<i>Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende</i>	

Veiledning til utfylling av skademeldingskjemaet

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingskjemaet 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 ACE Insurance. 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. **Legeerklæringen må også fylles ut.**

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 Rikstrykdeverket

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

5476 Mauranger

Telefon: 53 48 22 80 Telefax: 53 48 22 71

E-post: post@n-lt.no