

Utfylt skjema sendes:

E-post: skade@protectorforsikring.no

Protector Forsikring ASA

Postboks 1351 Vika

0113 Oslo

Forsikringstakers/arbeidsgivers navn og adresse:

Melding om (Sett kryss)

Yrkesskade ☐

Kritisk sykdom ☐

Kollektiv ulykke ☐

Fritidsulykke ☐

Bilansvar ☐

Annen sykdom ☐

Sykelønn ☐

1 Opplysninger om skadelidte

Vennligst bruk blokkbokstaver ved utfylling av skjemaet (Det er viktig for behandlingen av skadesaken at opplysninger blir utfylt så nøyaktig som mulig).

Navn		Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse		Telefon mobil/privat	
Postnr/-sted		Ansatt fra dato	
NAV-kontor		Stilling	
Årslønn forrige år		Antatt årslønn skadeåret	
E-postadresse - jobb		E-postadresse - privat	
Telefon arbeid		Kontonr	

*Vi gjør oppmerksom på at skadelidte kan bli oppringt av saksbehandler så snart saken er registrert hos oss.

*Senere korrespondanse vil primært bli gjort på e-post. Dersom det ikke er ønskelig, ber vi om at dette avkrysses her: ☐

Sivilstatus: ☐

Gift/Partner: ☐

Samboer: ☐

Enslig: ☐

Barn (navn)

Født

Hjemmeboende: ☐

Ja ☐

Nei ☐

Barn (navn)

Født

Hjemmeboende: ☐

Ja ☐

Nei ☐

Barn (navn)

Født

Hjemmeboende: ☐

Ja ☐

Nei ☐

2 Arbeidsforhold

Opplysningene gjelder stillingen skadelidte har/hadde da ulykken skjedde eller da vedkommende ble eksponert for sykdommen.

Ansettelsesforhold

(Sett kryss)

Fast ☐

Midlertidig ☐

Sesong ☐

Tilfeldig ☐

Annet ☐

Beskriv

Arbeidstid

(Sett kryss)

Under 10 timer

☐

Øvrig

deltid ☐

Full stilling ☐

% stillingsbrøk

på skadetidspunktet

Bekreftelse på ansettelsesforhold

Sted

Dato

E-postadresse til personalleder/kontaktperson hos arbeidsgiver

Stempel og forpliktende underskrift fra arbeidsgiver

Dersom arbeidsgiver ønsker bekreftelse på at skaden er mottatt og saksbehandling er påbegynt, sett et kryss her: ☐

3 Spesielt ved ulykke/yrkesskade (Ved sykdom gå direkte til pkt. 4)

Melding til NAV og/eller Arbeidstilsynet:

Yrkesskaden eller –sykdommen skal meldes disse instanser etter gjeldende lover og forskrifter.

Kopi av melding vedlegges denne skademeldingen.

Når skjedde ulykken?

Dag/mnd/år

Klokkeslett

Er det fattet vedtak hos Nav?(Dersom ja, vennligst legg ved kopi av vedtak)

Nei Ja

Dag/mnd/år

Er ulykke/yrkesskade meldt til Nav?

Nei Ja

Er ulykke/yrkesskade meldt til Arbeidstilsynet?

Nei Ja

Dag/mnd/år

Dag/mnd/år

Ved trafikkulykke (kopi av "skademeldingsskjema motorvogn" skal sendes inn)

Bilens reg nr.
(Skadelidte)

Bilforsikringsselskap
(Skadelidte)

Referanse i selskapet

Bilens reg nr.
(Motpart)

Bilforsikringsselskap
(Motpart)

Referanse i selskapet

Skadested

Vanlig arbeidsplass

På direkte vei til/fra arbeid

På vei mellom arbeidssteder

Fritid

Annet, beskriv nærmere:

Skjedde skaden under utførelse av arbeid for arbeidsgiver? Nei Ja

Død som følge av ulykken?

Nei

Ja

Skjedde ulykken under påvirkning av alkohol eller andre berusende midler?

Nei

Ja

Er ulykken meldt til politiet?

Politikammer og referansenummer

Nei

Ja

Beskriv ulykkeshendelsen – Hva som faktisk skjedde og hvordan skaden oppsto:

1. Vitner til ulykken (navn)

Vitner adresse, postnr./-sted

2. Vitner til ulykken (navn)

Vitner adresse, postnr./-sted

4 Opplysninger om skaden, sykdommen/plagene

Beskriv skaden/plagene som har oppstått og når de første symptomene viste seg

Har du oppsøkt lege/sykehus?

Nei ☐ Ja ☐ Hvis ja, oppgi dato for første gangs konsultasjon Dag/mnd/år

5 Opplysninger om arbeidsuførhet

Er du for tiden:

Helt sykmeldt ☐ Delvis sykmeldt ☐ Ikke sykmeldt ☐

Fra (dag/mnd/år) Til (dag/mnd/år) Uføregrad %

Fra (dag/mnd/år) Til (dag/mnd/år) Uføregrad %

Oversikt over sykefravær

Maks. dato for sykepenger

Dag/mnd/år?

Når regner du med å bli friskmeldt

Dag/mnd/år

Har du vært arbeidsufør tidligere? Nei ☐ Ja ☐

Hvis ja, oppgi årsak, tidsrom og behandlede lege

Er det søkt om arbeidsavklaringspenger fra NAV-kontoret? ☐ Nei ☐ Ja

Er det søkt om uførepensjon fra NAV-kontoret? ☐ Nei ☐ Ja -Hvis ja, vennligst vedlegg kopi av vedtak.

Er det søkt om menerstatning? ☐ Nei ☐ Ja

6 Opplysninger om andre forsikringer

Har du andre forsikringer i andre selskaper? ☐ Nei ☐ Ja Hvis ja, oppgi nedenfor

Foreligger det medlemskap i en forening/et forbund hvor det kan tenkes at en obligatorisk forsikring kan komme til anvendelse?

Ja ☐ Nei ☐

Hvis ja, oppgi foreningens/forbundets navn og om mulig forsikringsselskapets navn

7 Underskrift

Sted Dato Underskrift skadelidte Underskrift forsikringstaker

For å få behandlet søknaden raskt ber vi om å få tilsendt kopier av eventuell tilgjengelig dokumentasjon f.eks. vedtaksbrev fra NAV og medisinsk dokumentasjon.