

SKADEMELDING

VED PERSONSKADE

Skademeldingen gjelder:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yrkesskade/yrkessykdom | <input type="checkbox"/> Skade under verneplikt | <input type="checkbox"/> Trafikkulykke/bilskade |
| <input type="checkbox"/> Dødsfall (avdøde anses som "skadelidte") | <input type="checkbox"/> Psykisk senskade etter internasjonale operasjoner | |

Opplysninger om skadelidte:

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Navn: | Personnummer: | |
| Privat adresse: | Postnummer/sted: | |
| E-post: | Telefon: | |
| Yrke/stilling: | Kontonummer: | |
| NAV kontor: | Skattekommune: | |
| Brutto månedslønn på skadetidspunktet: | Faste tillegg pr. måned: | Lønn året før skadeåret: |

Opplysninger om arbeidsforholdet:

| | |
|---------------|--|
| Arbeidsgiver: | Arbeidssted: |
| Ansatt dato: | <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Annet - beskriv: |
| | <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid - angi i %: |

Opplysninger om skaden:

| | | |
|--|---|---|
| Skadetidspunkt: | Dato: | Klokkeslett: |
| Skadested: <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass | <input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise | <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeidsstedet |
| <input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsstedet | <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder | <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden |

Hvilken kroppsdel er skadet?

Beskriv hendelsesforløpet ved skaden. Hvordan skjedde skaden? Hvilken skade ble du påført? **MÅ FYLLES UT!** (Bruk gjerne eget ark)

Var det vitner til hendelsen? Oppgi navn og telefon.

Opplysninger ved yrkessykdom:

Hvilken sykdom?

Hvor og når skjedde den skadelige påvirkningen?

Når viste de første symptomene seg?

Helseopplysninger i forbindelse med skaden/sykdommen:

Jeg oppsøkte lege første gang på grunn av skaden/sykdommen, dato:

Legens navn og adresse:

Legen som behandler meg for skaden/sykdommen, navn og adresse:

Min helsetilstand i dag:

Er du blitt påført varig mén? Ja Nei Vet ikke

Er du under behandling for skaden/sykdommen? Ja Nei

Har du søkt om noen av de følgende ytelsene fra NAV?

Ytelser ved yrkesskade

Attføring-/rehabiliteringspenger

Ménerstatning

Uføreytelse

Er du i dag: Delvis sykmeldt Helt sykmeldt Arbeidsfør

Mottar du uførepensjon fra Statens Pensjonskasse: Ja Nei

Perioder der du har vært sykmeldt som følge av skaden/sykdommen:

Ved trafikkulykke/påkjørsel av bil:

Oppgi forsikringsselskap, skadenummer, bilnummer, partenes navn. **Legg ved kopi av skademelding.**

Andre opplysninger:

Var du i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner?

Ja Nei

Er du ulykkesforsikret i annet selskap?

Ja Nei

Hvilket selskap?

Er skaden meldt til annet selskap?

Ja Nei

Oppgi evt. skadenummer:

Behandlingsutgifter **som ikke dekkes av NAV eller andre**, utgjør

kr:

Originalkvitteringer skal vedlegges.

Se forøvrig veiledningen, side 5.

Er det utbetalt noen form for erstatning i anledning skaden?

Ja Nei

Hvis «Ja»: Fra hvem og hvor mye?

Er noen andre ansvarlig for skaden? Hvis ja, hvem?

Jeg bekrefter at opplysningene er korrekte og så fullstendige som mulig.

Statens Pensjonskasse gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, NAV, arbeidsgiver, likningskontor, myndigheter eller andre for å kunne ta standpunkt til mitt krav om erstatning.

Skadelidtes/etterlattes navn:

Sted/dato:

Underskrift:

ARBEIDSGIVERS OPPLYSNINGER

Opplysninger om arbeidsgiver:

| | | |
|----------------|----------|-----------------------|
| Arbeidsgiver: | | Organisasjonsnummer.: |
| Arbeidssted: | | Telefon: |
| Adresse: | | Postnummer/sted: |
| Kontaktperson: | Telefon: | E-post: |

Opplysninger om skadelidte:

| | |
|--|--------------------------|
| Navn: | Yrke/stilling: |
| Brutto månedslønn på skadetidspunktet: | Faste tillegg pr. måned: |

Opplysninger om arbeidsforholdet:

| | |
|--------------|--|
| Ansatt dato: | <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Annet - beskriv: |
| | <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid - angi i %: |

Opplysninger om skaden/sykdommen

| |
|--|
| Skadetidspunkt (dato og klokkeslett): |
| Skadested: <input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass <input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidssted, tjenestereise <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeidsstedet <input type="checkbox"/> Annet område på arbeidsstedet <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden |
| Hvis skaden skjedde annet sted enn på vanlig arbeidsplass, redegjør nærmere for dette: |
| Arbeidsgivers beskrivelse av hendelsesforløpet ved skaden. Hvordan skaden skjedde? Hvilken skade ble påført? MÅ FYLLES UT! (Bruk gjerne eget ark) |
| Var det vitner til hendelsen? Oppgi navn og telefon. |
| Ved yrkessykdom: Redegjør for yrkessykdommens art. |

Ved yrkessykdom: Når og hvor skjedde den skadelige påvirkning? (Bruk gjerne eget ark)

Opplysninger om sykefravær med videre i forbindelse med skaden/sykdommen:

| | | | |
|---|---|--|--|
| Pr. i dag er arbeidstaker: | <input type="checkbox"/> I full stilling | <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt | <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt |
| Arbeidstaker har vært arbeidsudyktig i perioden: | | | |
| F.o.m. dato - t.o.m. dato: | I denne perioden har arbeidstaker vært: | | |
| | <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt - angi %: | | |
| | <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt - angi %: | | |
| | <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt - angi %: | | |
| Når ble skaden/sykdommen meldt til arbeidsgiver? | | | |
| Er skaden/sykdommen meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis «ja»: Legg ved kopi. | | | |
| Er skaden/sykdommen meldt til NAV trygd? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis «ja»: Legg ved kopi. | | | |
| Er skaden meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis «ja»: Hvilken politimyndighet? | | | |
| Var skadelidte i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner? | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke | | | |
| Har det blitt utbetalt noen erstatning fra arbeidsgiver i anledning skaden? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Hvis "ja": Hvor mye? Hva skulle erstatningen dekke? | | | |

Ovenstående opplysninger bekreftes av arbeidsgiver:

| | | |
|-----------------|--------------|----------|
| Dato: | Underskrift: | Stempel: |
| | | |
| Antall vedlegg: | | |

VEILEDNING TIL SKADEMELDINGSSKJEMA

Når skal skjemaet brukes?

Ved personskade som kan gi rett til erstatning etter Yrkesskadeforsikringsloven eller Hovedtariffavtalen i staten, Bilansvarslova, forskrift om rett til engangserstatning for vernepliktige og forskrift om erstatning for psykiske belastningsskader som følge av deltakelse i internasjonale operasjoner mv.

Hvem skal fylle ut skjemaet?

Skadelidte må fylle ut side 1 og 2.

Ved yrkesskade må arbeidsgiver fylle ut side 3 og 4.

Legeerklæringen på side 6 skal fylles ut, men avhengig av skadens/sykdommens art kan man vurdere hvor nødvendig legeerklæringen er for sakens opplysning. Har man for eksempel andre relevante legeerklæringer angående skaden/sykdommen kan disse legges ved.

Melding til Arbeidstilsynet og NAV

Yrkesskade/sykdom skal alltid meldes til NAV trygd og ved alvorlige tilfeller til Arbeidstilsynet. Legg ved kopi av disse meldinger når skademelding sendes til Statens Pensjonskasse.

Foreldelse

Skademeldingen bør sendes Statens Pensjonskasse umiddelbart etter at ulykken er skjedd eller straks sykdommen er konstatert. Som hovedregel foreldes skadelidtes krav mot forsikringsgiver tre år etter utløpet av det kalenderår da vedkommende fikk eller burde skaffet seg nødvendig kunnskap om de forhold som begrunner kravet.

Uriktige opplysninger

Kommer det frem at skadelidte har gitt uriktige eller holdt tilbake viktige opplysninger som har betydning for saken, kan dette føre til at erstatningen avkortes eller faller bort. Uriktig utbetalt beløp vil eventuelt kunne kreves tilbakebetalt.

Forholdet til folketrygden

Når det gjelder dekning av utgifter etc. i forbindelse med yrkesskade/sykdom, er NAVs ytelser primære i forhold til erstatning fra Statens Pensjonskasse. Ved behandlingsutgifter skal man derfor alltid først henvende seg til NAV. Statens Pensjonskasse vil eventuelt kunne dekke beløp som overstiger det folketrygden dekker.

Forholdet ved bilskader

Når yrkesskade er påført ved trafikkulykke/bilskade, er kjøretøyets forsikringselskap primært ansvarlig. Skaden må da også meldes til det ansvarlige kjøretøyets forsikringsgiver. Man har ikke krav på full erstatning fra begge ordninger. Dersom politiet eller forsvarets kjørtøy har forårsaket skaden, skal kravet meldes Statens Pensjonskasse direkte.

For flere opplysninger viser vi til vår internettside www.spk.no.

LEGEERKLÆRING

| | | |
|--|---|---|
| Dato: | Legens navn: | Bedriftslege: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Pasientens navn: | | Fødselsdato: |
| Adresse: | | |
| Behandlet første gang for skaden/sykdommen: | | |
| Hvor lenge har du kjent og/eller behandlet skadelidte? | | |
| Hva består skaden i? Gjør rede for objektive funn og symptomer. Bruk gjerne eget ark. | | |
| Har sykdom, sykkelig tilstand e.l. fremkalt skaden/ sykdommen eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke | Er skadedes tilstand forverret ved skaden/sykdommen eller svakhet som forelå før skaden/sykdommen inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke | Var skadede påvirket av alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner da skaden/sykdommen inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Vil skaden/sykdommen føre til varig medisinsk invaliditet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja, evt. grad: | Vil skaden/sykdommen føre til varig ervervsmessig uførhet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja, evt. grad: | Er det foreskrevet behandling? Hvis "ja", hvilken: |
| Prognose og eventuelle kommentarer: | | |

Sykefravær

| |
|--|
| Pr. i dag er pasienten: <input type="checkbox"/> Delvis sykmeldt <input type="checkbox"/> Helt sykmeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsfør |
| Pasienten har vært helt eller delvis sykmeldt i følgende perioder: |

Honorar bes sendt til:

| | |
|--|----------------|
| Navn: | Personnummer: |
| Adresse: | Skattekommune: |
| Postnummer: | Poststed: |
| Selvstendig næringsdrivende: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | Kontonummer: |
| | Telefon: |

| |
|--------------------------------------|
| Dato, legens stempel og underskrift: |
|--------------------------------------|