

Skademeldingsskjema fylles ut og sendes til:

Protector Forsikring ASA
Postboks 1351 Vika
0113 Oslo

Melding om:

Sett kryss

Forsikringstakers navn/adresse:

--

Yrkesskade	<input type="checkbox"/>
Gruppeliv	<input type="checkbox"/>
Annen sykdom	<input type="checkbox"/>
Kollektiv ulykke	<input type="checkbox"/>
Fritidsulykke	<input type="checkbox"/>

Skadenr.

Fylles ut av selskapet

--

1 Opplysninger om skadelidte

Navn	Fødselsnr. (11 siffer)	Kontonr.
Adresse		Telefon privat
Postnr./sted	Ansatt fra dato	Telefon arbeid/mobil
Trygdekontor	Stilling/Tittel	
Arslønn forrige år	Antatt årslønn skadeåret	

Sivilstatus	Barn (Navn)	Født	Hjemmeboende
<input type="checkbox"/> Gift/Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Enslig	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

2 Arbeidsforhold

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

Ansettelsesforhold (Sett kryss)	<input type="checkbox"/> Fast	<input type="checkbox"/> Midlertidig	<input type="checkbox"/> Sesong	<input type="checkbox"/> Tilfeldig	<input type="checkbox"/> Annet	Beskriv
Arbeidstid (sett kryss)	<input type="checkbox"/> Under 10 timer pr. uke	<input type="checkbox"/> Øvrig deltid				<input type="checkbox"/> Full stilling
<input type="text"/> %	Stillingsbrøk på skadetidspunktet					

Bekreftelse på ansettelsesforhold

Sted	Dato
Stempel og forpliktende underskrift fra arbeidsgiver	

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

Melding til Arbeidstilsynet og/eller Trygdekontoret:

Yrkesskaden eller –sykdommen skal meldes disse instanser etter gjeldende lover og forskrifter. Kopi av melding vedlegges denne skademeldingen.

Er ulykke/yrkesskade meldt til Arbeidstilsynet?

Nei Ja

Er ulykke/yrkesskade meldt til Trygdekontoret?

Nei Ja

Er det fattet vedtak i Trygden? (Dersom ja, vennligst vedlegg kopi av vedtak)

Nei Ja

Når skjedde ulykken? Klokkeslett

Dag/Mnd/År	
------------	--

Ved Trafikkulykke (kopi av Skademeldingsskjema motorvogn MÅ sendes inn)

Bilens reg nr. (Skadelidte)	Bilforsikringselskap (Skadelidte)	Referanse i selskapet
Bilens reg nr. (Motpart)	Bilforsikringselskap (Motpart)	Referanse i selskapet

Skadested

Vanlig arb.plass På direkte vei til/fra arbeid
 På vei mellom arb.steder 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? Er ulykken meldt til politiet?

Nei Ja Nei Ja

Politikammer og referansenr

Beskriv ulykkeshendelsen, skadens art, samt oppgi skadet kroppsdel

--

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

Legens/sykehusets navn	Dersom den angitte lege ikke er din faste lege ber vi deg oppgi legens navn
Adresse	Adresse
Postnr./sted	Postnr./-sted

5 Opplysninger om arbeidsuførhet

Er du for tiden

Helt sykmeldt Delvis sykmeldt Ikke sykmeldt

Maks. dato for sykepenger
Når regner du med å bli friskmeldt?

Dag/Mnd/år
Dag/Mnd/år

Har du vært arbeidsufør tidligere? Nei Ja

Oversikt over sykefravær

Fra	Til	Uføregrad	%
Dag/Mnd/År	Dag/Mnd/År		
Dag/Mnd/År	Dag/Mnd/År		
Dag/Mnd/År	Dag/Mnd/År		

Hvis ja, oppgi årsak, tidsrom og behandlede lege

Er det søkt om attføring/rehabiliteringspenger fra trygdekontoret?
Hvis ja, vennligst vedlegg kopi av vedtak.

Nei Ja

Er det søkt om uførepensjon fra trygdekontoret?

Nei Ja

6 Opplysninger om andre forsikringer

Har du andre forsikringer i andre selskaper?

Nei Ja

Hvis ja, oppgi nedenfor

Forsikringsavtalenummer

Forsikringsselskap/pensjonskasse

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

Nei

Ja

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 om ytelser fra det offentlige, f.eks. stønadsbrev, brev om sykepenger, brev om tilkjenning av attføringspenger/rehabiliteringspenger, dødsattest, skifteattest etc.