

Skademelding for yrkes- skade og kollektiv ulykke

D-231



Slik gjør du:

1. Lagre skjemaet
2. Fyll ut
3. Send inn via [kontaktskjemaet på klp.no](#) eller per post.
Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.

Dette skjemaet krever signatur

KLP Skadeforsikring AS
Et selskap i KLP-konsernet
Org.nr.: 970 896 856 Foretaksregisteret
Tlf.: 55 54 85 00
www.klp.no

VEILEDNING FOR UTFYLING AV SKADEMELDINGSSKJEMAET

Skademeldingsskjemaet må fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig.

Når skal skjemaet fylles ut?

Yrkesskader meldes til NAV. Under NAVs yrkesskadeordning dekkes de fleste former for nødvendig medisinsk behandling ved yrkesskade og yrkessykdom. Bare når yrkesskaden har medført et økonomisk tap bør skaden også meldes til forsikringsselskapet. Behandlingsutgifter som kan dekkes hos NAV blir ikke dekket av yrkesskadeforsikringen.

I følgende tilfeller bør en skade som følge av en ulykkeshendelse i arbeid, på reise til/fra jobb eller i fritid meldes KLP Skadeforsikring:

- Ulykken har gitt behandlingsutgifter som ikke dekkes av NAV/HELFO
- Skaden har påført deg et inntektstap
- Hendelsen har gitt betydelige varige medisinske følger for deg
- Dødsfall

Dersom skaden er registrert hos arbeidsgiver eller hos NAV, og skaden ikke har gitt følger som kan gi rett til forsikringsutbetaling, er det ikke nødvendig å melde skaden til forsikringsselskapet. Det vil være tilstrekkelig å vise til hendelsen slik den er registrert hos arbeidsgiver dersom man på et senere tidspunkt ønsker å komme tilbake til saken. Det er ikke nødvendig å registrere skaden hos forsikringsselskapet «for sikkerhets skyld».

Tannskader

Dersom du krever erstatning for tannskade må det i tillegg benyttes en egen tannlegeerklæring. Denne fylles ut av din tannlege og vedlegges skademeldingsskjemaet eller ettersendes til KLP. Erklæringen skrives ut fra vår nettside.

1. ARBEIDSGIVER/FORSIKRINGSTAKER

Navn:	Organisasjonsnr.:
Adresse:	

2. SKADELIDTE

Etternavn:		Fornavn:		Fødselsnr. (11 siffer):				
Adresse:				Telefon:				
Postnr.:	Poststed:			Yrke/stilling:				
E-post:				Kontonr. (11 siffer):				
Sivilstand:	Gift	Ugift	Samboer	Separert	Skilt	Enke/enkemann	Antall barn:	Ca. bruttolønn i skadeåret:

3. OM HENDELSEN

Skadetidspunkt (dato og klokkeslett):

3.1 SKADESTED

På vanlig arbeidssted	Privat ærend i arbeidstiden	På vei til/fra arbeid	Fritid
Arbeid annet sted enn vanlig	Tjenestereise	På vei mellom arbeidssteder	
Skadestedets adresse:	Postnr.:	Poststed:	

3.2 BESKRIV HENDELSESFORLØPET

Beskriv hvordan ulykken faktisk skjedde og hva som var årsaken til at skaden oppsto. Legg gjerne ved utdypende forklaring i eget vedlegg. Oppgi eventuelle vitner med navn og kontaktinformasjon.

--

3.3 SKADEN

Hvilken kroppsdel er skadet (Sett kryss for de viktigste)	Skadens art (Sett kryss for de viktigste skadene)		
Hals, nakke	Rygg	Bløtdelskader uten sår	Akutt forgiftning
Hode	Hofte, bein, kne	Sår, rift, kutt	Overbelastning av muskler
Øye	Ankel, fot	Tapt lemsdel	Hjernerystelse
Tenner	Omfattende legemsskade	Forstuing, forvridning	Whiplash (nakkesleng)
Skulder, arm	Annen skade*	Brudd	Stråleskade
Hånd, håndledd		Varmeskade	Sjokk
Fingre		Kuldeskade	Puls -og åndedrettsstans
Bryst, mage		Etsing	Andre uspesifiserte skader*
Indre organer			
* Beskriv annen skade:		* Beskriv annen uspesifisert skade:	
Har du tidligere hatt plager som ligner din nåværende skade/tilstand?	Ja	Nei	

3.4 ANDRE OPPLYSNINGER

Skjedde ulykken under påvirkning av alkohol/narkotika/medisiner?	Ja	Nei	Er ulykken meldt til politi?	Ja	Nei	Hvis ja, oppgi politidistrikt:
Er ulykken meldt NAV?	Ja	Nei	Er det søkt om menerstatning fra NAV?	Ja	Nei	
Er skaden meldt til andre forsikringsselskap?	Ja	Nei	Hvis ja, hvilke?			
Har du tidligere mottatt erstatning for en ulykkes-/yrkesskade?	Ja	Nei	Hvis ja, angi når, fra hvilket selskap og graden av invaliditet:			
Ved trafikkulykke oppgi partenes navn, bilnummer, forsikringsselskapets navn/adresse og skadenummer på personskaden						

4. SKADENS OMFANG

Sykefravær:	0 dager	1-14 dager	15 dager-3 måneder	3-6 måneder	6 måneder-1 år	Over 1 år
Konsekvens:	Ikke ufør	Varig ufør	Sannsynligvis ikke ufør			
Har du hatt inntektstap som følge av skaden:	Ja	Nei	Vet ikke			
Behandlingsutgifter som kan dekkes av NAV blir normalt ikke dekket av yrkesskadeforsikringen.						
Har det påløpt utgifter som ikke kan refunderes av NAV eller andre forsikringselskap?	Ja	Nei	Vet ikke	Hvis ja, oppgi samlet beløp så langt:		

Ved krav om dekning av behandlingsutgifter må originalkvitteringer vedlegges skademeldingen.

5. MEDISINSK BEHANDLING

Når oppsøkte du helsepersonell første gang etter hendelsen:
Behandlingsstedets navn:

6. UNDERSKRIFT

Jeg bekrefter med dette at opplysningene jeg har gitt ovenfor er korrekte. Jeg er kjent med at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett til erstatning etter forsikringsavtaleloven.

Sted / dato:	Underskrift:
--------------	--------------

7. ARBEIDSGIVERERKLÆRING

Arbeidsgivers navn:					
Skadedes arbeidssted:			Stillingsbetegnelse:		
Ansatt dato:		Fast	Midlertidig	Annet	Hvis annet - beskriv:
Fulltid	Deltid	Hvis deltid - angi i %:		Kontaktperson:	Telefon:
Bekreftende underskrift fra arbeidsgiver:					Dato: