



# Yrkesskade, yrkessykdom, fritidsskade

## 1. Opplysninger om arbeidsgiver

Bydel/etat/kommunal bedrift/foretak/aksjeselskap

Telefon

Adresse

Kontaktperson

Postnummer / sted

E-post adresse

## 2. Opplysninger om skadelidte

Etternavn, fornavn

Telefon privat

Telefon mobil

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Telefon arbeid

Postnummer / sted

E-post

Bankkontonummer

Stilling/yrke

Arbeidssted/kontorsted

Ansatt dato

Fast ansatt

Ja

Nei

Stillingsbrøk % Månedslønn

## 3. Opplysninger om skaden (ulykken/sykdommen)

Skadedato

Klokkeslett

Skadested

På arbeidssted

Ved fjernarbeid

På vei mellom arbeidssteder

I fritiden

På direkte reise til/fra arbeidssted

På tjenestereise

Hjemme

Utenfor hjemmet

**Hvilken kroppsdel er skadet (sett kryss for de viktigste)****Skadens art (sett kryss for de viktigste)** Hals, nakke Rygg Bløtdelskader uten sår Akutt forgiftning Hode Hofta Sår, rift, kutt Overbelastning av skulder Øyne Ankel, fot Tapt legemiddel Hjernrystelse Tenner Omfattende legemsskade Forstuing, forvridding Whiplash (nakkesleng) Skulder, arm Annen skade Brudd Stråleskade Hånd, håndledd Indre organer Varmeskade Sjokk Fingre Kuldeskade Puls og åndedrettstans Bryst, mage Etsing Andre og uspesifiserte skader

Beskriv annen skade

Beskriv annen skade



## Yrkesskade, yrkessykdom, fritidsskade

Er skaden meldt til NAV?

Ja  Nei

Hvis ja, hvilket NAV-kontor?

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

Ja  Nei

Hvis ja, hvilket politidistrikt og saksnr. på anmeldelsen?

Er skaden meldt til politiet?

Ja  Nei

Hvor og hvordan skjedde skaden? Gi en detaljert beskrivelse av hendelsesforløpet evt. benytt eget ark hvis du har plassmangel. Oppgi evt. vitner med navn og kontakinformasjon

Var du i skadeøyeblikket påvirket av berusende midler?

Ja  Nei

Hvis ja, til hvilke?

Ble påbudt verneutstyr benyttet?

Ja  Nei

Hvis ja, til hvilke?

Kan du eller andre bebreides for skaden?

Ja  Nei

Beskriv nærmere

### 4. Opplysninger om legebehandling

Gi en mest mulig detaljert beskrivelse av skadens/sykdommens/plagenes art/omfang

Når søkte du lege første gang for den aktuelle lidelse/skade?

Dato

Legens/sykehusets navn

Legens/sykehusets adresse

Fast leges navn og adresse

Når viste sykdommen/plagene de første symptomene?



## Yrkesskade, yrkessykdom, fritidsskade

### 5. Opplysninger om tidligere skader og sykdommer

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom/skade/plage?

Ja  Nei

Vennligst legg ved kopi av relevant medisinsk dokumentasjon dersom du har dette.

Hvis ja, beskriv hvilken sykdom/skade/plage

Dato

Hvordan oppstod sykdommen/skaden/plagen?

Behandler lege/sykehus

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden/kravet?

Ja  Nei

Hvis ja, forsikringsselskapets navn og saksnr.

Har du tidligere mottatt erstatning for en ulykkes-/forsikrings-skade?

Ja  Nei

Hvis ja, angi når, fra hvilket selskap og graden av invaliditet

### 6. Opplysninger om sykefravær

Har du vært sykmeldt på grunn av skaden?

Ja  Nei

Hvis ja, sykmeldt f.o.m. dato

Dag/Mnd/År

Sykmeldt t.o.m. dato

Dag/Mnd/År

Har du vært sykmeldt grunnet andre årsaker?

Ja  Nei

Du er for tiden

I fullt arbeid

Sykmeldt

Gradert sykmeldt

Arbeidsavklaringspenger

Utføretrygdet

Sykemeldings- /uføregrad

 %

Når regner du med å komme tilbake i fullt arbeid?

Skyldes evt. langvarig fravær kun følger av den aktuelle ulykke/sykdom?

Ja  Nei

Hvis nei, oppgi hvilke

Er skaden/sykdommen godkjent som yrkes skade/yrkessykdom av NAV?

Ja  Nei

Vennligst legg ved kopi av aktuelle vedtak fra NAV

Har du fremsatt krav om ménerstatning fra NAV?

Ja  Nei

Anser du at du pr. i dag er påført inn- tekststap som følge av skaden?

Ja  Nei

Ligningskontorets navn

Sted

Vennligst legg ved kopi av eventuell dokumentasjon



## Yrkesskade, yrkessykdom, fritidsskade

### 7. Ved trafikkulykke oppgi:

Partenes navn	Reg. nr	Forsikringsselskap	Saksnr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Partenes navn	Reg. nr	Forsikringsselskap	Saksnr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 8. Arbeidsgivers underskrift og stempel

Sted	Dato	Underskrift og stempel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 9. Bekreftelse og samtykke til å registrere personopplysninger

Jeg bekrefter riktigheten av ovennevnte opplysninger og samtykker i at Oslo Pensjonsforsikring AS kan registrere disse opplysningene. Opplysningene skal brukes både til statistiske formål og til å fastsette mine rettigheter under forsikringsavtalen. Dersom selskapet trenger å innhente ytterligere opplysninger fra lege, sykehus, NAV, arbeidsgiver eller andre, vil jeg få tilsendt en egen fullmakt.

Sted	Dato	Underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Skader og sykdommer skal meldes til oss så tidlig som mulig. Skader som fører til undersøkelse og behandling hos lege, tannlege, psykolog, fysioterapeut eller annen medisinsk fagperson, bør meldes. Du trenger ikke å melde mindre hendelser som ikke vil føre til varig skade, for eksempel skrubbsår, flis i fingeren, små kutt eller forstuing. Husk at arbeidsgiver må underskrive og stemple skjemaet før du sender inn.**

#### Informasjon om behandling av personopplysninger

OPF behandler personopplysninger om deg i forbindelse med behandling av din forsikrings sak. Behandlingsansvarlig er administrerende direktør. Formålet med behandlingen er å ta stilling til eventuell rett under forsikringsavtalen, fakturere riktig premie og foreta korrekte oppgjør.

Eventuell forsikringsutbetaling vil kunne avhenge av at du gir fullmakt for å innhente ytterligere informasjon.

Du har innsynsrett i vårt register og har rett til å få uriktige opplysninger korrigeret. Personopplysningene er taushetsbelagte og vil bli slettet etter reglene om foreldelse.

Registrering av fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon, sjekk mot offentlige registre, og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter.