



Matrix Insurance AS
Postboks 474, Bedriftsenteret
N-1411 Kolbotn
Telefon: +47 23 20 79 20
Epost: post@matrixinsurance.no

SKADEMELDING

UFØREFORSIKRING

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Organisasjonsnr.	Forsikringsbevisnr.
Arbeidssted		
Adresse		Tlf.nr.
Har arbeidsgiveren dekket yrkesskade-forsikring gjennom foreningsmedlemskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei I tilfelle ja, hvilken forening?		
Arbeidsgivers signatur		

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikringstakers navn	Personnr. (11 siffer)
Privat adresse	Privat tlf.nr.
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for evt. erstatning)
Sivilstand (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann	
Antall barn	Navn/fødselsdato

ARBEIDSFORHOLD (Opplysningene gjelder stillingen forsikrede hadde på skadetidspunktet)

Ansettelsesforhold Ansatt dato <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig <input type="checkbox"/> Annet (beskriv)
Arbeidstid <input type="checkbox"/> Under 10 timer pr uke <input type="checkbox"/> Øvrig deltid <input type="checkbox"/> Full stilling
Arbeidstakerens brutto inntekt året før skaden

ANDRE OPPLYSNINGER

Var De i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler el. medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykken meldt til politiet? Hvis ja, til hvilken politimyndighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er De ulykkesforsikret i annet selskap? Hvis ja, hvilket selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykken meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er skaden meldt til annet selskap? Hvis ja, hvilket selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er ulykken meldt til Rikstrygdeverket? (Kopi av melding vedlegges.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
ved trafikkulykke, oppgi partenes navn, bilnr., forsikringselskap og skadenr	Ved hvilket trygdekontor er De registrert? Behandlingsutgifter , ikke dekket av trygdekontoret dokumenteres ved original-kvitteringer kr

I ULYKKE/YRKESKADE

Skadetidspunkt

Dato	Klokkeslett
------	-------------

Skadested

<input type="checkbox"/> På vanlig arbeidsplass	<input type="checkbox"/> Annet område på arbeidssstedet	<input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidsssteder	<input type="checkbox"/> Arbeid på annet sted enn vanlig arbeidsssted, tjenestereise
<input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden	<input type="checkbox"/> På vei til og fra arbeidssstedet	<input type="checkbox"/> Fritid	
Hvor skjedde ulykken?			
Oppstod ulykken under utførelse av lønnet arbeid for arbeidsgiveren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

Gjøremål på ulykkestidspunkt

--

Beskriv hendelsesforløpet

- herunder hva som faktisk skjedde og hva som var årsak til at skaden kunne oppstå (legg ved egen forklaring ved behov)

--

II YRKESYKDOM

Når og hvor skjedde den skadelige påvirkningen?

Fra (måned, år)	Til (måned, år)	Bedriftens/kommunens navn	Type næring
Har skadelidte tidligere hatt samme eller lignende sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hvilken sykdom?	Når?
Har skadelidte tidligere fått erstatning for sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, fra hvilket forsikringselskap	Hvis ja, for hvilken sykdom?

I og II

Konstatering

Når oppsøkte skadelidte lege første gang for lidelsen?	Legens navn
Legens adresse/eventuelt sykehus	

Skadens art (sett kryss for viktigste skade)

Hvilken kroppsdel er skadet? (sett kryss for viktigste skade)

<input type="checkbox"/> Bløtdelsskade uten sår	<input type="checkbox"/> Akutt forgiftning	<input type="checkbox"/> Hode, hals	<input type="checkbox"/> Rygg
<input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt	<input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Ankel, fot
<input type="checkbox"/> Tapte lemsdel	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Tenner	<input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade
<input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning	<input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)	<input type="checkbox"/> Skulder, arm	<input type="checkbox"/> Nervesystem
<input type="checkbox"/> Brudd	<input type="checkbox"/> Stråleskade	<input type="checkbox"/> Hånd, håndledd	<input type="checkbox"/> Udefinert, annen skade
<input type="checkbox"/> Varmeskade	<input type="checkbox"/> Sjøkk	<input type="checkbox"/> Fingre	
<input type="checkbox"/> Kuldeskade	<input type="checkbox"/> Puls- og åndedrettsstans	<input type="checkbox"/> Bryst, mage	
<input type="checkbox"/> Etsing	<input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader	<input type="checkbox"/> Indre organer	
<input type="checkbox"/> Død av skaden - i så fall vedlegges: Dødsattest og dokumentasjon over erstatningsberettigete (se siste side)			

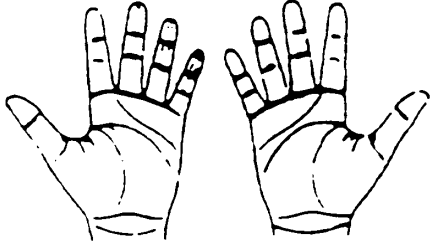
Fullmakt ved personskade

Forsikringselskapet gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, trygdekontor, arbeidsgiver, myndigheter eller andre for å kunne ta stilling til mitt erstatningskrav.

Skadelidtes navn	Personnr.
------------------	-----------

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

LEGEERKLÆRING (må alltid fylles ut)

Arbeidsgiver			
Pasientens navn		Født dato	Når overok De behandlingen? Dato Klokkeslett
Adresse			
For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden		Første gangs erklæring	Mellom-beretning Slutt-erklæring
		Ved mellomberetning og slutt-erklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger.	
Behandlet første gang	Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn)?		Evt. fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen.
Første gangs erklæring	Adresse		
Hva består skaden i? (Populære betegnelser bes brukt.) Angi høyre/venstre			
Foreligger det en ulykkeskade Ø dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand el.l. framkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er det inntruffet komplikasjoner? Eventuelt hvilke?			
Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja		Evt. grad <input type="checkbox"/> %	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja
		Evt. grad <input type="checkbox"/> %	
Prognose			
Merknader			
Lider skadede av blindhet, døvhhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpeligheit? Hvilken?			

Sykefravær

Skadede var sykemeldt Fra: Til:	Skadede var delvis sykemeldt Fra: Til:
Skadede er p.t. <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsufør <input type="checkbox"/> I fullt arbeid	

Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorar og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber Dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige felter nedenfor.

Honoraret bes sendt til:	Navn	Honoraret sendes over <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Postgiro	Kontonr.
	Adresse, postnr., postkontor		Telefonnr.
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselsnr. (11 siffer)	
	Skattkommune	Trekk %	Gjelder ikke selvstendig næringsdrivende

Når skal skjemaet brukes?

Skademeldingsskjemaet skal sendes Matrix Insurance AS når det foreligger skade eller sykdom som gir rett til erstatning etter vilkårene. Erstatning ytes for sykdom/skade i tilknytning til arbeidet/evt. fritid som medfører:

- arbeidsuførhet (tapt inntekt, tap i fremtidig erverv)
- varig medisinsk invaliditet
- dødsfall

Hvordan skal skjemaet brukes?

Skadelidte fyller ut side 1 og side 2, gjerne i samarbeid med arbeidsgiver. Opplysningene bekreftes av arbeidsgiver og skadelidte. Legeerklæringen må også fylles ut.

Forklaring til enkelte punkter

Med **samboer** menes:

- person som sikrede har levd sammen med i ekteskaps-lignende forhold, hvis det framgår i Folkeregisteret at vedkommende har hatt samme bopel som sikrede i de siste 2 år, eller det på annen måte godtgjøres at det ekte-skapslignende forholdet har vedvart i de siste 2 år eller
- person som har felles bobel og felles barn med sikrede

Dette gjelder likevel ikke dersom det på det tidspunkt for-sikringstilfellet inntreder forelå forhold som var til hinder for at lovlig ekteskap kunne inngås.

Melding til Arbeidstilsynet og/eller rikstrykdeverket

Yrkesskaden eller -sykdommen skal meldes disse instansene etter gjeldende lover og forskrifter og kopi av meldingen vedlegges. Kopien er å regne som en del av skademeldingen.

Dokumentasjon ved dødsfall

Nødvendig dokumentasjon er kopi av

- dødsattest
- vigselsattest
- døps- eller fødselsattest for erstatningsberettigede barn
- skifteattest eller annen offentlig dokumentasjon over erstatningsberettigede
- for samboere: utskrift fra Folkeregisteret

Avhengig av den enkelte sak vil også andre dokumenter kunne være av betydning.

Skjemaet sendes til: **Matrix Insurance AS**
Postboks 474, Bedriftsenteret, 1411 Kolbotmn
Epost: post@matrixinsurance.no