

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fyllast ut av skadelidde

Les dette før du fyller ut skademeldinga

Send søknaden i posten til Statens pensjonskasse, postboks 10 Skøyen, 0212 Oslo eller via «Skriv til oss» på spk.no. På nettsida kan du òg lese meir om vilkåra og informasjon om erstatning.

Vi anbefaler at du lastar ned skjemaet og åpnar det i Adobe Acrobat. Les om korleis vi behandlar personopplysingar på spk.no/personvern-skade.

Skademeldingsskjemaet består av to delar:

Del 1 skal fyllast ut, signerast og sendes inn av skadelidde.

Del 2 skal fyllast ut, signerast og sendast inn av arbeidsgivar.

Skademeldinga gjeld

Yrkesskade/yrkessjukdom

Skade under verneplikt/
sivilforsvaret

Trafikkulykke

Reiseulykke/tenestereise

Dødsfall (avdøde blir rekna som "skadelidd")

Opplysningar om skadelidde

Fødselsnummer (11 sifre)

Fullt namn (fornamn, mellomnamn og etternamn)

Privat adresse

Postnummer

Poststad

Mobilnummer (8 sifre)

E-postadresse

Arbeidsgivar

Organisasjonsnummer (9 sifre)

Brutto årsløn (året før skadeåret)

Brutto månadsløn (skademånaden)

Fast tillegg per måned

Kontonummer

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fyllast ut av skadelidde

Opplysningar om skaden

Når inntreffe skaden?

Dag	Månad	År	Klokkeslett
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kvar skjedde skaden? (skadestad)

På vanleg arbeidsplass

På veg mellom arbeidsstader

På veg til/frå arbeidsstad

Privat ærend i arbeidstida

Arbeid på annan stad enn vanleg arbeidsstad eller tenestereise

Anna (spesifiser)

Grei ut om hendinga. Korleis skjedde skaden? Kva for skader blei du påført? Bruk gjerne eige ark om feltet er for lite.

Kryss av om skaden/sjukdommen er meldt til:

Nav

Arbeidstilsynet

Politiet

Ingen av alternativa

Kryss av om du var påverka av alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner:

Nei

Ja

Kryss av om andre er ansvarleg for skaden/sjukdommen:

Nei

Ja Viss ja, oppgi kven

Kryss av om det var vitner til hendinga:

Nei

Ja

Viss ja, oppgi namn

Telefonnummer til eventuelle vitne

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fyllast ut av skadelidde

Helseopplysninger i samband med skaden/sjukdommen

Kva kroppsdel er skada?

Når oppsøkte du lege fyrste gang for den aktuelle skaden/sjukdommen?

Dag	Månad	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beskriv helsetilstanden din i dag. Bruk eige ark om feltet er for lite.

Kryss av om du er under behandling for skaden/sjukdommen:

Nei Ja

Kryss av om du har blitt påført varig skade/sjukdom:

Nei Ja

Er du i dag:

Arbeidsfør Delvis sjukemeld Heilt sjukemeld

Oppgje eventuelt dato for sjukemeldingsperiode(-ar):

Tidsrom:

Dag	Månad	År	til	Dag	Månad	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Månad	År	til	Dag	Månad	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Månad	År	til	Dag	Månad	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Månad	År	til	Dag	Månad	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fyllast ut av skadelidde

Opplysningar ved yrkessjukdom

Fyllast ut kun dersom skademeldinga gjeld yrkessjukdom.

Kva for sjukdom søker du erstatning for?

Kvarhelst skjedde den skadelige påvirkningen?

Når skjedde den skadelege påverknaden?

Dag

Månad

År

Når viste dei fyrste symptoma seg?

Dag

Månad

År

Opplysningar ved trafikkulykke

Fyllast ut kun dersom skademeldinga gjeld trafikkulykke.

Kva for forsikringsselskap er ulykka meldt til?

Oppgi skadenummer hos forsikringsselskap

Oppgi registreringsnummer til bilen som er ansvarleg for skaden

Vi ber om at du legg ved kopi av trafikkskademeldinga.

Opplysningar om ytingar/erstatningar

Kryss av om du mottek eller har søkt om uførepensjon frå Statens pensjonskasse eller frå eit forsikringsselskap.

Nei

Ja

Viss ja, kva for
forsikringsselskap?

Kryss av om du mottek eller har søkt om ytingar frå Nav.

Nei

Ja

Viss ja, kryss av for kva for ytingar du har søkt om:

Ytingar ved yrkesskade

Arbeidsavklaringspengar

Meinerstatning

Uføretrygd

Sjukepengar

Skademelding ved personskade

Del 1 - Fyllast ut av skadelidde

Kryss av om du er ulykkesforsikra i eit forsikringsselskap:

Nei

Ja

Viss ja, i kva for eit forsikringsselskap er du ulykkesforsikra?

Kryss av om skaden er meldt til eit forsikringsselskap:

Nei

Ja

Viss ja, oppgi skadenummer:

Kryss av om det er utbetalt nokon form for erstatning for skaden:

Nei

Ja

Viss ja, frå kven?

Viss ja, kor mykje?

Signatur

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift (skadelidde)

NB! Oppgje namn og kontaktopplysningar dersom skademeldinga er utfylt av andre enn skadelidde.

Fullt namn (fornamn, mellomnamn og etternamn)

E-postadresse

Mobilnummer (8 sifre)

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift (andre enn skadelidde)

Skademelding ved personskade

Del 2 - Fyllast ut av arbeidsgivar på skadetidspunktet

Opplysningar om arbeidsforholdet

Skadeliddes fulle namn

Skadeliddes fødselsnummer (11 siffer)

Skadeliddes yrke/stilling

Arbeidsstad

Tilsett dato

Dag

Månad

År

Skadelidde er/var

Fast tilsett

Førebels tilsett

Anna, grei ut

Skadelidde er/var

I full stilling

Deltidsstilling

Ved deltid, oppgi prosent

Opplysningar om arbeidsgivar

Namn på verksemda

Fullt namn på kontaktperson

Organisasjonsnummer (9 sifre)

Adresse

Postnummer

Poststad

Telefon (8 sifre)

E-postadresse

Skademelding ved personskade

Del 2 - Fyllast ut av arbeidsgivar på skadetidspunktet

Opplysningar om skaden

Når inntraff skaden/sjukdommen:

Dag	Månad	År	Klokkeslett
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kvar inntraff skaden? (skadestad):

På vanleg arbeidsstad

På veg mellom arbeidsstader

På veg til/frå arbeidsstad

Privat ærend i arbeidstida

Arbeid på annan stad enn vanleg arbeidsstad eller tenestereise

Anna (spesifiser):

Grei ut om hendinga ved skaden/sjukdommen?

(Korleis skjedde skaden? Kva for skader blei påført? Bruk gjerne eige ark)

Signatur

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift (arbeidsgivar)
