

Kundenr.	Avtalenr.
----------	-----------

Skadeskjema Yrkesskade- og kollektiv ulykkesforsikring

Forsikringstaker (arbeidsgiver)	Firma:	Kontaktperson:		
	Adresse:	Telefon:	E-post:	
Arbeidsforhold	Ansettelsesforhold: <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Sesong <input type="checkbox"/> Tilfeldig <input type="checkbox"/> Annet:			
	Arbeidstid: <input type="checkbox"/> Full stilling <input type="checkbox"/> Deltid: _____% <input type="checkbox"/> Under 10 timer/uke			
	Ansatt dato:	Tariffavtale? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilken?)		
	Ved død – foreligger det gruppelevsforikring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Arbeidsgivers signatur:		
Skadelidte (arbeidstaker)	Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)	
	Adresse:		Yrke/stilling:	
	Telefon:		E-post:	
	Postnr. / sted		Skattekommune:	
	NAV-kontor:			
	Antatt årslønn skadeår:	Årslønn forrige år:	Lønn utbetalt hittil inntil skadedag:	Bruttoinntekt året før skaden:
	Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift/Reg. partner <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Samboer			
Antall barn:	Navn/fødselsdato:			
Andre opplysninger	Var skadelidte i skadeøyeblikket påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
	Er de ulykkesforsikret i et annet selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilket?)	Er skaden meldt til annet selskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilket?)		
	Ved trafikkulykke, oppgi partenes navn og regnr.	Er ulykken meldt til politiet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvilken politimyndighet?)		
	Er ulykken meldt til arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Er ulykken meldt til rikstrygdeverket? (kopi av melding vedlegges) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		
	OBS – Behandlingsutgifter som ikke er dekket av trygdekontoen må dokumenteres med original-kvitteringer.			
A) Yrkesskade/-ulykke	Skadetidspunkt: Dato: Klokkeslett:	Hvor skjedde skaden/ulykken?		
	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/fra arbeidssstedet <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Annet: _____			

Skjema sendes: Byggmesterforsikring AS, Nordbyveien 70, 1406 Ski. Mail: skade@bmf.no

Vi ber om at skademeldingen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig, og sendes til Byggmesterforsikring AS. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

