

Skademelding Loss of Licence

Opplysninger om forsikringstaker (forening). Vennligst bruk blokkbokstaver ved utfylling.			
Navn		Org.nr	
Adresse	Kundenr	Telefon	
Postnr	Poststed		
Opplysninger om skadelidte			
Navn		Fødselsnr (11 siffer)	
Privat adresse	Postnr./sted	Telefon	
Når ble skadelidte medlem av foreningen?	Kontonummer (ved evt erstatning)		
Yrke/stilling	Arbeidsgiver	Kontaktperson hos arbeidsgiver	Mailadr. til kontaktperson
Konsekvenser av skaden			
<input type="checkbox"/>	Varig tap av lisens	<input type="checkbox"/>	Midlertidig tap av lisens/vet ikke ennå
Administrativt			
Behandler lege navn		Evt sykehus	
Adresse		Telefon	
Er tilfellet meldt politiet? (ja/nei)	Når/dato	Meldt av hvem	
Til hvilket politikammer/lensmannskontor?			
Meldt til Arbeidstilsynet? Bestillingsnr. 154 B (ja/nei)	Når/dato	Meldt av hvem	
Meldt til Rikstrygdeverket? RTV-blankett 11.01 A (ja/nei)	Når/dato	Meldt av hvem	
Fylles kun ut ved ulykke (husk å legge ved kopi av melding til Rikstrygdeverket/Arbeidstilsynet)			
Skadedato	Klokkeslett	Skjedde skaden ved biluhell? (ja/nei)	Hvis ja, oppgi kjennetegn og sjåfør
Beskriv hendelsesforløpet som førte til ulykken (evt. eget vedlegg)			
Fylles kun ut ved sykdom			
Årsak til ervervsuførhet (diagnose)		Inntraff dato	Sykepenger opphørte (dato)
Arbeidstaker har vært arbeidsufør i tiden:		I denne tiden har arbeidstaker:	
	Ikke arbeidet	Annet arbeid	Delvis utført sitt vanlige arbeid Med arbeidstid
F.o.m. dato: T.o.m. dato:	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av %
F.o.m. dato: T.o.m. dato:	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av %
F.o.m. dato: T.o.m. dato:	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av	<input type="checkbox"/> kryss av %
Jeg samtykker i at skadebehandler, på vegne av forsikringselskapet, kan innhente de opplysninger de finner nødvendig			Ja Nei
i forbindelse med skadebehandlingen (fra lege, sykehus, politi, trygdekontor etc.).			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sted/dato		Skadelidtes underskrift	