



Yrkesskade, yrkessykdom, fritidsskade

1. Opplysninger om arbeidsgiver

Arbeidsgiver (bydel/etat)

Kontaktperson (fornavn, etternavn)

Adresse

Postnummer

Sted

E-post

Telefon

2. Opplysninger om skadelidte

Navn (fornavn, etternavn)

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse

Postnummer

Sted

E-post

Telefon arbeid

Telefon privat

 Jeg samtykker til elektronisk kommunikasjon

Dette betyr blant annet at svar på saken vil komme som vedlegg per e-post. OPF passordbeskytter alle vedlegg og sørger for at informasjonen i selve e-posten er i tråd med personvernreglene.

Stilling/yrke

Arbeidssted/kontorsted

Ansatt dato

Fast ansatt

Ja

Nei

Stillingsprosent

Månedslønn

Kontonummer

3. Opplysninger om skaden (ulykken/sykdommen)

Skadested

 På arbeidssted På direkte reise til/fra arbeidssted Ved fjernarbeid På tjenestereise På vei mellom arbeidssteder Hjemme Utenfor hjemmet På fritiden

Spesifiser skadested (adresse/gate/område)

Skadedato

Klokkeslett

Hvilken kroppsdel er skadet? (Sett kryss for de viktigste)

 Hode Rygg Skulder, arm Hofte Øyne Bryst, mage Hånd, hånledd Fot, ankel Tenner Indre organer Fingre Omfattende legemsskade Hals, nakke Annen skade

Hvis annen skade, beskriv:

**Skadens art** (Sett kryss for de viktigste)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bløtdelskader uten sår | <input type="checkbox"/> Brudd | <input type="checkbox"/> Akutt forgiftning | <input type="checkbox"/> Stråleskade |
| <input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt | <input type="checkbox"/> Varmeskade | <input type="checkbox"/> Overbelastning av skulder | <input type="checkbox"/> Sjokk |
| <input type="checkbox"/> Tapt legemsdel | <input type="checkbox"/> Kuldeskade | <input type="checkbox"/> Hjernerystelse | <input type="checkbox"/> Puls og åndedrettsstans |
| <input type="checkbox"/> Forstuing, forvridding | <input type="checkbox"/> Etsing | <input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng) | <input type="checkbox"/> Annen og uspesifisert skade |

Hvis annen og uspesifisert skade, beskriv:

Er skaden meldt til NAV?

- Ja Nei

Hvilket NAV-kontor?

Hvis ja, oppgi:

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

- Ja Nei

Er skaden meldt til politiet?

- Ja Nei

Politidistrikt

Saksnummer

Hvis ja, oppgi:

Hvor og hvordan skjedde skaden? Gi en detaljert beskrivelse av hendelsesforløpet (Benytt eget ark hvis du har plassmangel)

Oppgi eventuelle vitner til hendelsen (navn, telefonnummer, adresse)

Var du i skadeøyeblikket påvirket av berusende midler?

- Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

Ble påbudt verneutstyr benyttet?

- Ja Nei

Hvis ja, hvilke?

Kan du eller andre bebreides for skaden?

- Ja Nei

Hvis ja, oppgi grunn:

Ved trafikkulykke, oppgi:

Partenes navn

Registreringsnummer

Forsikringsselskap

Saksnummer

Partenes navn

Registreringsnummer

Forsikringsselskap

Saksnummer



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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Når viste sykdommen/plagene de første symptomene?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Fastleges navn | Fastleges adresse |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. Opplysninger om tidligere skader og sykdommer

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

Ja Nei

Hvis ja, oppgi:

Hvilken sykdom/skade/plage?

Hvordan oppstod sykdommen/skaden/plagen?

Dato

Behandlernde lege/sykehus

NB! Legg ved kopi av relevant medisinsk dokumentasjon dersom du har dette.

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden/kravet?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi:

Forsikringsselskapets navn

Saksnummer

Har du tidligere mottatt erstatning for en ulykkes-/forsikringskade?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi:

Når mottok du erstatning?

Selskapets navn

Grad av invaliditet

6. Opplysninger om sykefravær

Har du vært sykmeldt på grunn av skaden?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi:

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 (flere valg er mulig)

I fullt arbeid
 Sykmeldt
 Gradert sykmeldt
 Uføretrygdet
 Mottar arbeidsavklaringspenger

Sykmeldings-/uføregrad

Når regner du med å komme tilbake i fullt arbeid?

Hvis sykmeldt eller ufør, oppgi:



Skyldes ev. langvarig fravær kun følger av den aktuelle ulykken/sykdommen?

Ja Nei

Hvis nei, oppgi annen årsak:

Er skaden/sykdommen godkjent som yrkesskade/yrkessykdom av NAV?

Ja Nei NB! Legg ved kopi av aktuelle vedtak fra NAV

Har du fremsatt krav om ménerstatning fra NAV?

Ja Nei

Anser du at du per i dag er påført inntektstap som følge av skaden?

Ja Nei

Hvis ja, oppgi:

Skattekontorets navn

Sted

NB! Legg ved kopi av eventuell dokumentasjon.

7. Arbeidsgivers underskrift og stempel

Sted og dato

Underskrift og stempel

8. 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.

Jeg er kjent med at selskapet kan oversende opplysninger i saken til eksterne sakkyndige og utredningsfirma ved vurdering av ev. rett til oppgjør under forsikringen. Jeg er videre kjent med at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett til erstatning etter forsikringsavtaleloven.

Oslo Pensjonsforsikring kan ved kvalifisert mistanke om uriktige eller ufullstendige opplysninger, be et utredningsfirma om bistand til faktaavklaring, og oversende opplysninger innhentet i anledning skadesaken.

Sted og dato

Underskrift

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.

Henvendelser om meldingen: Telefon: 23 36 08 00 eller e-post: personskade@opf.no

Skjemaet sendes til: Oslo Pensjonsforsikring AS, Postboks 6623 St. Olavs Plass, 0129 Oslo