

Skadenummer



### 1. Forsikringstaker/Arbeidsgiver

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| Navn    | Kundenummer/Organisasjonsnr |
| Adresse |                             |

### 2. Skadelidte

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Etternavn, fornavn                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     | Fødselsnr. (11 siffer)     |
| Adresse                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     | Telefon                    |
| Postnr                                                                                                                                                                   | Poststed                                                                                                                                                            | Yrke/stilling              |
| E-post                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     | Kontonr. (11 siffer)       |
| Sivilstand                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann | Ca. bruttolønn i skadeåret |
| Hvem ble skadet i trafikkulykken? <input type="checkbox"/> Fører <input type="checkbox"/> Passasjer <input type="checkbox"/> Fotgjenger <input type="checkbox"/> Syklist |                                                                                                                                                                     |                            |

### 3. Om hendelsen

|                |             |
|----------------|-------------|
| Skadetidspunkt |             |
| Dato           | Klokkeslett |

#### 3.1 I hvilken forbindelse skjedde ulykken?

|                                                      |                                                      |                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fritid                      | <input type="checkbox"/> Privat ærend i arbeidstiden | I forbindelse med arbeid |
| <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder | <input type="checkbox"/> På vei til/fra arbeid       | <input type="checkbox"/> |
| Hvor skjedde ulykken?                                |                                                      |                          |

### 3.2 Skaden

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hvilken kroppsdel er skadet (Sett kryss for de viktigste)</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Skadens art (Sett kryss for de viktigste skadene)</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Hals, nakke<br><input type="checkbox"/> Hode<br><input type="checkbox"/> Øye<br><input type="checkbox"/> Tenner<br><input type="checkbox"/> Skulder, arm<br><input type="checkbox"/> Hånd, håndledd<br><input type="checkbox"/> Fingre | <input type="checkbox"/> Bryst, mage<br><input type="checkbox"/> Indre organer<br><input type="checkbox"/> Rygg<br><input type="checkbox"/> Hofte, bein, kne<br><input type="checkbox"/> Ankel, fot<br><input type="checkbox"/> Omfattende legemsskade<br><input type="checkbox"/> Annen skade* | <input type="checkbox"/> Bløtdeleskader uten sår<br><input type="checkbox"/> Sår, rift, kutt<br><input type="checkbox"/> Tapt lemsdel<br><input type="checkbox"/> Forstuing, forvridning<br><input type="checkbox"/> Brudd | <input type="checkbox"/> Overbelastning av muskler<br><input type="checkbox"/> Hjernerystelse<br><input type="checkbox"/> Whiplash (nakkesleng)<br><input type="checkbox"/> Sjokk<br><input type="checkbox"/> Puls- og åndedrettsstans<br><input type="checkbox"/> Andre og uspesifiserte skader* |
| * Beskriv annen skade                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | * Beskriv annen uspesifisert skade                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Hvilke akutte helseplager fikk du i etterkant av ulykken                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Oppgi eventuelle vitner med navn og kontaktinformasjon                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Har du tidligere hatt plager som ligner din nåværende skade/tilstand? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Hvis ja, beskriv de aktuelle plagene                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### 3.3 Andre opplysninger

|                                                                                                                  |        |                                                                                                                           |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Ved trafikkulykke ble det brukt bilbelte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei               |        | Ble airbagen utløst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                             |              |
| Motpartens navn                                                                                                  | Reg.nr | Forsikringsselskap                                                                                                        | Evt. skadenr |
| Har du tidligere mottatt erstatning for en personskade? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |        | Hvis ja, angi når, fra hvilket selskap og graden av invaliditet                                                           |              |
| Er skaden meldt til flere forsikringsselskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei           |        | Hvis ja, hvilke?                                                                                                          |              |
| Er skaden meldt til NAV? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                |        | Skjedde ulykken under påvirkning av alkohol/narkotika/medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |              |
| Er ulykken meldt politi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                |        | Hvis ja, oppgi politidistrikt og kontaktinformasjon                                                                       |              |

#### 4. Skadens omfang

|                                                                                               |                                    |                                     |                                                  |                                      |                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Sykefravær                                                                                    | <input type="checkbox"/> 0 dager   | <input type="checkbox"/> 1-14 dager | <input type="checkbox"/> 15 dager - 3 måneder    | <input type="checkbox"/> 3-6 måneder | <input type="checkbox"/> 6 måneder -1 år | <input type="checkbox"/> Over 1 år |
| Konsekvens                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ikke ufør | <input type="checkbox"/> Varig ufør | <input type="checkbox"/> Sannsynligvis ikke ufør |                                      |                                          |                                    |
| Har du hatt inntektstap som følge av skaden?                                                  | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nei        | <input type="checkbox"/> Vet ikke                |                                      |                                          |                                    |
| Behandlingsutgifter som kan dekkes av NAV blir normalt ikke dekket av yrkesskadeforsikringen. |                                    |                                     |                                                  |                                      |                                          |                                    |
| Har det påløpt utgifter som ikke kan refunderes av NAV eller andre forsikringsselskap?        | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nei        | <input type="checkbox"/> Vet ikke                |                                      |                                          |                                    |
| Hvis ja, oppgi hvilken type behandling og samlet beløp så langt                               |                                    |                                     |                                                  |                                      |                                          |                                    |

Ved krav om dekning av behandlingsutgifter må originalkvitteringer vedlegges skademeldingen.

#### 5. Medisinsk behandling

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| Når oppsøkte du helsepersonell første gang etter ulykken |
| Behandlingsstedets navn                                  |

#### 6. Samtykkeerklæring

Undertegnede samtykker i at Nemi Forsikring AS, i den grad det er nødvendig, innhenter ytterligere opplysninger fra arbeidsgiver, andre forsikringsselskap eller nærmeste politidistrikt.

Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret, kan tape enhver rett til erstatning etter forsikringsavtaleloven.

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



**Nemi Forsikring AS**  
Østensjøveien 43, 0667 Oslo  
Postboks 126 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf: 02341  
E-post: nemiskade@nemiforsikring.no

## Veiledning til utfylling av skademeldingsskjema

Skademeldingsskjema må fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig.

### Når skal du sende inn skjema?

Skademeldingsskjema skal sendes Nemi Forsikring snarest når det foreligger skade/ulykke eller sykdom som kan gi rett til erstatning etter vilkårene.

Erstatningen kan ytes for ulykke, skade eller sykdom som medfører:

- Utgifter som ikke dekkes av Nav eller andre forsikringsdekninger.
- Påført og fremtidig inntektstap.
- Varig tap av livsutfoldelse.
- Økonomiske konsekvenser etter dødsfall.

### Andre forsikringer?

Dersom du har andre forsikringsordninger, for eksempel ulykkesforsikring eller kollektive dekninger via arbeidsgiver eller forbund/foreninger kan du ha rett til erstatning fra disse. Det er derfor viktig at også de forsikringsselskapene får melding om skaden.

### Videre saksgang;

Når skademeldingen er mottatt av Nemi vil du bli kontaktet på telefon/e-post/brev. Skademeldingen vil deretter bli vurdert og behandlet. I mange tilfeller må Nemi innhente opplysninger fra behandlende lege/sykehus og/evt NAV, og Nemi vil da be om en særskilt fullmakt til å innhente slike opplysninger.

De fleste skader leges i løpet av få måneder og kan avklares raskt, men noen ganger kan det ta tid (1-2 år) før skaden har stabilisert seg og endelig omfang kan fastslås. Vi ber om din forståelse for dette. Vi vil holde kontakt med deg.

Selskapet vil i alle tilfeller holde deg orientert om saksbehandlingen.



**Nemi Forsikring AS**  
Østensjøveien 43, 0667 Oslo  
Postboks 126 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf: 02341  
E-post: nemiskade@nemiforsikring.no