

# Melding om Arbeidsuførhet Uførekapital / Annen sykdom

Send utfylt skadeskjema til:

Landbruksforsikring AS

Postboks 1897 Vika

0124 OSLO

E-post: skade@landbruksforsikring.no

Skademeldingsblanketten må fylles ut fullstendig og så nøyaktig som mulig. Den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen, jfr. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Forsikringstaker/arbeidsgiver			
Forsikringsnr	Fødselsnr/org. nr.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Forsikringstakers navn	Kontaktperson		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postnr	Poststed	E-post	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Opplysninger om skadelidt - hvis forskjellig fra opplysningene over			
Navn	Fødselsnr. (11 siffer)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse	Telefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postnr	Poststed	E-post	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Skattekommune	Anlegg forsikrede tilhører		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NAV kontor	Antatt årslønn skadeåret	Årslønn før skadeår	Lønn utbetalt i år, inntil skadedag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ansatt dato/inntredelse i forsikringen	Stilling/yrke	Stillingsbrøk	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved evt forhøyelse av forsikringssummen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Årsak til skade	<input type="checkbox"/> Yrskeskade/-sykdom <input type="checkbox"/> Annen ulykke <input type="checkbox"/> Annen sykdom		
Opplysninger vedr sykefraværet			
Maks dato for sykepenger	Full lønn tom	NAV ytelse	Uføretrygd fra dato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forsikrede er for tiden	<input type="checkbox"/> Helt sykemeldt	<input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt	<input type="checkbox"/> Helt arbeidsfør
	<input type="checkbox"/> Mottar arbeidsavklaringspenger		
Oppgi dato for sykemeldingsperiode			
F.o.m. dato	T.o.m. dato	I denne perioden har arbeidstakeren:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ikke arbeidet	Arbeidet <input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ikke arbeidet	Arbeidet <input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ikke arbeidet	Arbeidet <input type="text"/> %
			Normal arbeidstid er <input type="text"/>
			Normal arbeidstid er <input type="text"/>
			Normal arbeidstid er <input type="text"/>

**Ved ulykke**

Oppstod skaden under utførelse av lønnet arbeid i bedriften?

 Ja Nei

Hvis ja, hva slags arbeid/virksomhet?

Hvilket politikammer er skaden meldt til?

Anmeldelsesnr

Er skaden meldt til arbeidstilsynet?

 Ja Nei

Ved trafikkulykke

Partenes navn

  

Bilnr

  

Forsikringsselskap

  

Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilket selskap

Beskriv hendelsesforløpet som førte til ulykken (vedlegg evt kopi av rapporter)

Var du påvirket av alkohol eller andre berusende midler?

 Ja Nei

Hvis ja, hvilke rusmidler

**Ved sykdom**

Hva består sykdommen i?

Når oppsøkte du lege første gang for den aktuelle lidelsen?

Legens navn

Når viste sykdommen de første symptomer?

Legens navn

Har du tidligere hatt samme eller lignende sykdom?

 Ja Nei

Hvilken sykdom?

Når?

Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom?

 Ja Nei

Hvis ja, selskapets navn

For hvilken sykdom

**Bankkonto**

Erstatningen ønskes overført til kontonr

Navn på kontoeier

**Arbeidsgivers underskrift og stempel - hvis kollektiv forsikring**

Sted og dato

Arbeidsgivers underskrift og stempel

**Skadelidtes underskrift**

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Sted og dato

Skadelidtes underskrift