

Opplysninger om forsikringstaker

Forsikringstaker (arbeidsgiver)		Avtalenr.
Forsikringstakers kontonr.		Organisasjonsnr.
Kontaktperson	Telefonnr.	E-postadresse

Opplysninger om forsikrede (ansatt)

Forsikredes navn		Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse privat		Postnr./-sted
Yrke	Ansatt dato	Telefonnr.

Årsak til sykemelding

<input type="checkbox"/> Sykdom Oppgi hvilken og når det startet	<input type="checkbox"/> Ulykke Oppgi årsak, ulykkesdato og skadeomfang						
Skyldes sykdommen yrkesskade/ yrkessykdom eller trafikkulykke? <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Ja</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nei</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Oppgi forsikringsselskap som behandler sak under Yrkesskadeforsikring/Bilansvar, samt skadenr		
Ja	<input type="checkbox"/>						
Nei	<input type="checkbox"/>						
Skyldes skademeldingen pasientskade? <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Ja</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nei</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vet ikke</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	<input type="checkbox"/>	Oppgi skadenummer hos Norsk Pasientskadeerstatning
Ja	<input type="checkbox"/>						
Nei	<input type="checkbox"/>						
Vet ikke	<input type="checkbox"/>						
Skyldes sykemeldingen annen ansvarlig skadevolder? <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Ja</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nei</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vet ikke</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, vennligst forklar nærmere
Ja	<input type="checkbox"/>						
Nei	<input type="checkbox"/>						
Vet ikke	<input type="checkbox"/>						

Arbeidstaker har vært arbeidsufør i periode

F.o.m dato	T.o.m. dato	I denne tiden har arbeidstaker Ikke arbeidet <input type="checkbox"/> Delvis arbeidet <input type="checkbox"/>	Sykegrad %
------------	-------------	---	------------

Har arbeidstaker avvirket ferie, permisjon e.l. i løpet av sykemeldingsperioden?

Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, fyll ut aktuell periode	
F.o.m dato	T.o.m. dato	Årsak

Underskrift forsikringstaker

Jeg bekrefter at opplysningene ovenfor er fullstendige og korrekte. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre helt eller delvis tap av rett til erstatning, i henhold til FAL § 18-1.		
Sted	Dato	Underskrift

Skademelding og kopi av sykemeldingsattester sendes til:

Tryg Forsikring, Personskade, Postboks 7070, 5020 Bergen, Kryptert e-post kan sendes til personskade@tryg.no