

# Skademelding



## Tap av lott Ved sykdom og/eller skade

### Opplysninger om forsikringstaker

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| Rederiets navn | Fartøyets navn: |
| Adresse        | Telefon nr.     |
| Kontonr.       |                 |

### Opplysninger om skadelidte

|   |                               |         |
|---|-------------------------------|---------|
| Navn  | Fødselsnummer. (11 siffer)    |         |
| Adresse   | Kommune                       | Telefon |
| Postnr  | Poststed                      |         |
| Sykemeldt fra   | Sykemeldt til                 |         |
| Har vedkommende vært sykemeldt for det samme i løpet av de siste 12 måneder og fått utbetalt erstatning for tapt lott?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                        |                               |         |
| Hvis ja må legeerklæring på baksiden fylles ut av behandlende lege  |                               |         |
| Legens navn og adresse  |                               |         |
| Erklæring fra den sykemeldte:<br><br>Jeg samtykker herved i at min lege på anmodning meddeler<br>assurandøren opplysninger om min helbred, og at mitt<br>trygdekontor gir opplysninger om mottatt stønad. | Underskrift fra den sykmeldte |         |
| Beregnet tapt lott i sykemeldingsperioden   |                               |         |
| Mottatt brutto sykepenger   |                               |         |
| Eventuelt andre opplysninger  |                               |         |

Legg ved kopi(er) mannskapsoppgjør, alle sykemeldinger og utbetalinger av sykepenger fra trygdekontoret.  
Alle kolonner må fylles ut for at tap av lott skal kunne beregnes. Baksiden fylles ut av behandlede lege.

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| Dato/sted | Underskrift Reder/skipper |
|-----------|---------------------------|

# Legeerklæring

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| Pasientens navn og adresse  | Født dato | Skadedato |
| Er De pasientens faste lege<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |           |           |

## Behandling

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Behandling første gang    | Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelse bes brukt) |
| Behandling avsluttet dato |  |

## Tidligere helsetilstand

|  |   |
|--|---|
| Ved sykdom, har pasienten vært sykmeldt for samme sykdom de siste 12 månedene?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei   | Hvis ja, når?   |
| Lider pasienten av annen sykdom som kan ha forårsaket den aktuelle skade/sykdom?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, hvilken?   |
| Merknader  |   |
| Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør<br>Fra dato      til dato      evt. antatt varighet   | Pasienten har vært delvis arbeidsufør<br>fra dato      til dato      evt. antatt varighet |
| Merknader  |   |
| Dato   | Legens underskrift  |

|   |  |
|---|--|
| Honorar for legeerklæringen blir tilsendt etter satser fastsatt av Den norske legeforening. | Mottaker av honoraret:<br>Navn.....<br>Adresse.....<br>Postnr./poststed.....<br>Fødselsnr. /organisasjonsnr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Post/bank kontonr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|--|