### SØKNAD OM ERSTATNING FRA

## RETRETTFONDET FOR METNINGSDYKKERE

Vennligst benytt blokkbokstaver

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OPPLYSNINGER OM SØKER NB! Skjema må fylles ut fullstendig. | | | | | | |
| Navn: | | | | Fødselsnr: | | |
| Adresse: | | | | Postnr: | Poststed: | |
| Telefon: | | | | Epost: | | |
| Bankkontonr: | | | | | | |
| Har du en pågående forsikringssak, hvor forsikringen er finansiert av arbeidsgiver?  Ja  Nei | | | | | | |
| Hvis ja, hvilket forsikringsselskap: | | | | | | Saksnummer: |
| Har du mottatt erstatning?  Ja  Nei | | | | | | Hvis ja, beløp: |
|  | | | | | | |
| Stilling: | | Arbeidssted: | | | | Fast ansatt:  Ja  Nei |
| Stillingsbrøk:       % | | Ansatt dato: | | | | Ansettelse opphørt: |
| Antall år som metningsdykker: | | | | | | |
| Antall timer/døgn i metning på norsk sokkel: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Bedrift: | | | Telefon: | | | | |
| Adresse: | | | | | | | |
| Postnr: | Poststed: | | | | | | |
|  | | | | | | |

**Husk å legge ved søknaden:**

* Dokumentasjon på ansettelse i bedrift tilknyttet Oljeserviceavtalen (feks. arbeidskontrakt)

- Dokumentasjon på antall timer/døgn i metning (feks. lønnslipper)

- Medisinsk dokumentasjon på helseskader som medfører at du må eller bør slutte med metningsdykking. NB! Kun dersom du har arbeidet mindre enn 8 år som metningsdykker og har under 400 metningsdøgn.

## Fullmakt

OSO, Oljearbeidernes Sosiale Ordninger, gis fullmakt til å innhente opplysninger fra lege, sykehus, behandlere, trygdemyndigheter, forsikringsselska, arbeidsgiver eller andre for å kunne ta standpunkt til min søknad om erstatning.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted Dato Underskrift