

Dette skjema benyttes ved søknad om refusjon av utgifter til behandling. Legg ved kvitteringer, samt kopi av henvisning dersom du ikke har sendt inn denne tidligere. Alle spørsmål er obligatoriske og skal besvares. Vennligst bruk et skjema per sykdom/plage.

Vi gjør oppmerksom på at forsikringen ikke dekker konsultasjon hos allmennlege, medisiner eller hjelpemidler.

### Personopplysninger

NAVN	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)	AVTALENUMMER	TELEFON MOBIL/ARBEID
ADRESSE	POSTNUMMER/STED	E-POST	
KONTONUMMER			

### Opplysninger om sykdommen/plagen

DIAGNOSE/SYMTOMER

NÅR VAR FØRSTE GANG DU OPPDAGET SYMPTOMER  
PÅ DEN AKTUELLE SYKDOM/PLAGE? (MÅNED/ÅR)

HAR DU TIDLIGERE BLITT UNDER-  
SØKT/BEHANDLET FOR SAMME  
SYKDOM/PLAGE?

J  
NEI

HVIS JA, NÅR? (MÅNED/ÅR)

NAVN PÅ BEHANDLER/BEHANDLINGSSTED

### Opplysninger om behandlingen

FYSIOTERAPEUT

KIROPRAKTOR

NAPRAPAT

MANUELLTERAPEUT

LEGESPESIALIST (HVIKEN TYPE?)

OPERASJON/SYKEHUSINNLEGGELSE

RØNTGEN/BILDEDIAGNOSTIKK

ANNEN TYPE BEHANDLING

NAVN PÅ BEHANDLER/BEHANDLINGSSTED

ANTALL BEHANDLINGER/KONSULTASJONER TOTALBELØP UTGIFTER

### Underskrift

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysningene er korrekte og er gitt etter beste evne. Jeg samtykker i at Storebrand Helseforsikring AS kan innhente medisinske opplysninger som er relevante for saksbehandlingen og skadeoppjøret.

STED

DATO

UNDERSKRIFT