

## RETURADRESSE:

Storebrand Livsforsikring AS  
PB 500 Lysaker  
1327 Lysaker

VELG ÅRSÅK.:

AVTALENR./POLISENR.:

**Behandling av personopplysninger**

Storebrand behandler personopplysningene dine.

1. Vi behandler personopplysningene for å kunne administrere din barneforsikring hos Storebrand Livsforsikring AS.
2. Opplysningene du oppgir i dette skjema for krav om erstatning, er nødvendige for at vi skal kunne ta stilling til ditt krav og oppfylle innholdet i avtalen. Fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon og korrekt rapportering til offentlige myndigheter.
3. Opplysningene slettes når vi ikke lenger kan ha forpliktelser etter avtalen du har inngått med oss eller annet regelverk.
4. Når du søker om erstatning fra din barneforsikring, blir navnet og fødselsnummeret ditt registrert i Norske Livsforsikringsselskapers Registeringskontor (ROFF). Dette er et register som benyttes av forsikringsselskapene som er tilknyttet Finans Norge.
5. Du kan lese mer om rettighetene dine, som retten til innsyn, retting og sletting, i vår personvernerklæring på storebrand.no.
6. Storebrand Livsforsikring AS, ved administrerende direktør, er ansvarlig for behandling av personopplysningene. Har du spørsmål om behandling av personopplysninger, kan du sende en e-post til Storebrands personvernombud: personvernombud@storebrand.no

## Behandling av opplysninger om din helse

For at Storebrand skal kunne vurdere ditt krav om erstatning må du samtykke til at Storebrand Livsforsikring AS behandler helseopplysninger om deg.

Jeg samtykker til at Storebrand Livsforsikring AS behandler helseopplysninger om meg for å gjennomføre forpliktelser etter avtale som er inngått om barneforsikring.

Sted/dato/signatur

-----

**Forsikringstaker**

FORSIKREDES NAVN	FORSIKREDES FØDSELSNR.	TELEFON PRIVAT	TELEFON MOBIL
FORSIKREDES ADRESSE	E-POST ADRESSE		

**Melding om sykdom**

BESKRIV SÅ DETALJERT SOM MULIG SYKDOMMEN.

HVILKEN DATO BLE LEGE / SYKEHUS KONTAKTET FØRSTE GANG FOR SYKDOMMEN? (DAG/MND/ÅR):

HAR FORSIKREDE TIDLIGERE LIDT AV, ELLER MOTTATT BEHANDLING FOR TILSVARENDE SYKDOM?  
Ja                      Nei

HVIS JA: GI FULLE DETALJER.

**Gi opplysninger om leger og spesialister og sykehus som har konsultert forsikrede i forbindelse med sykdommen:**

LEGENS NAVN:	SYKEHUS / INSTITUSJONENS NAVN: AVDELING:	ADRESSE:	DATO FOR KONSULTASJON:	DATO FOR EVT. INNLEGGELSE:	DATO FOR EVT. UTSKRIVNING:
--------------	--	----------	------------------------	----------------------------	----------------------------

## Opplysninger om forsikredes vanlige lege:

LEGENS NAVN:

ADRESSE:

HAR NOEN AV FORSIKREDES FORELDRE ELLER SØSKEN  
LIDT AV SAMME ELLER BESLEKTET SYKDOM?

Ja

Nei

HVIS JA, OPPGI SLEKTSKAP, SYKDOM OG NÅR  
SYKDOMMEN FØRST BLE DIAGNOSTISERT:

## Egenerklæring ved krav om erstatning under Barneforsikring

FORSIKREDE:

FØDELSNR.:

## Melding om ulykke:

### Opplysninger om hendelsen/ulykken:

NÅR SKJEDDE ULYKKEN:

ER BARNET DEKKET AV HELÅRS REISEFOR-  
SIKRING, ELLER VAR DET DEKKET AV REISEFOR-  
SIKRING DA ULYKKEN SKJEDDE?

Ja

Nei

HVIS JA, OPPGI NAVN PÅ SELSKAP OG POLISENR.

VENNLIGST GI EN BESKRIVELSE AV HVORDAN SKADEN SKJEDDE:

EVENTUELLE VITNER:

OPPLYSNINGER OM SKADEN/PLAGENE:

### Annet:

BEHANDLENDE LEGE/TANNLEGE:

EVENTUELLE ANDRE LEGER/TANNLEGER SOM HAR VÆRT KONSULTERT:

HAR SKADELIDTE ANDRE FORSIKRINGER HVOR UTGIFTER I FORBINDELSE MED SKADEN KAN DEKKES?

## Melding om sykehusopphold:

NÅR OPPSTOD SYKDOMMEN / ULYKKEN (DAG/MND/ÅR):

HVA ER ÅRSAKEN TIL SYKEHUSINNLEGGELSEN:

Sykdom

Ulykke

VENNLIGST GI EN NÆRMERE BESKRIVELSE AV ÅRSAKEN TIL SYKEHUSOPPHOLDET:

**Oversikt over innleggelser:**

INNLAGT (DAG/MND/ÅR):

UTSKREVET (DAG/MND/ÅR):

SYKEHUSNAVN

## Egenerklæring ved krav om erstatning under Barneforsikring

FORSIKREDE:

FØDELSNR.:

**Melding om arbeidsuførhet:**

ÅRSAKEN TIL ARBEIDSUFØRHETEN:	Sykdom	NÅR BEGYNTE SYKDOMMEN?		DAG / MND / ÅR		
	Ulykke	NÅR HENDTE ULYKKEN?		DAG / MND / ÅR		
HAR DU SØKT ARBEIDS- AVKLARINGSPENGER (AAP)?	Ja	Nei	HAR DU SØKT UFØREPENSJON?	Ja	Nei	
HAR DU VÆRT LANGTIDS SYKMELDT (2 MNDR) TIDLIGERE?	Ja	Nei	HVIS JA, ÅRSAK:			
ER DU UNDER, ELLER PLANLEGGER DU NOEN FORM FOR UTDANNING?	Ja	Nei	HVIS JA, HVA SLAGS UTDANNELSE?			
			ANTALL STUDIEPOENG:			
			Heltid	Deltid		

**Oversikt over sykefravær**

DAG / MND / ÅR

DAG / MND / ÅR

UFØREGRAD (%):

DIAGNOSE:

**Andre opplysninger:**

**Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.**

Jeg er kjent med

- at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til helt eller delvis tap av retten til erstatning og at selskapet da kan si opp enhver forsikringsavtale det har med meg,
- at avgivelse av uriktige opplysninger er straffbart,
- at personopplysningene brukes av Storebrand og at formålet med behandlingen er å behandle mitt erstatningskrav,
- at jeg har innsynsrett i selskapets forsikringsregister og at jeg har rett til å få uriktig informasjon korrigeret,
- at personopplysningene er taushetsbelagte og vil bli slettet etter reglene om foreldelse,
- at fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon, og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter,
- at min søknad om erstatning med mitt navn og fødselsnummer vil bli registrert i Norske Livsforsikringsselskapers Registreringskontor (ROFF). Dette er et register som benyttes av forsikringsselskapene tilknyttet Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. De registreringer som er foretatt, vil bli slettet etter 10 år. Den registrerte har full innsynsrett i registeret etter personopplysningsloven, og kan få tilgang til de registrerte opplysninger ved å henvende seg til Storebrand eller FNH.

**Selskapet gjør oppmerksom på at erstatning ved medisinsk invaliditet utbetales til forsikrede.**

**Erstatningsbeløp større enn to ganger folketrygdens grunnbeløp (G), beregnet på grunnlag av folketrygdens grunnbeløp per 1. januar hvert år, utbetales til Fylkesmannen i de tilfeller forsikrede ikke er fylt 18 år.**

**Utbetaling av erstatning under øvrige forsikringsdekninger tilfaller forsikringstaker i de tilfeller forsikrede ikke er fylt 18 år.**

Dersom selskapet kommer til at forsikrede er berettiget til erstatning for medisinsk invaliditet, skal beløpet overføres til forsikredes bankkonto nr:

**Underskrift av foresatte eller forsikrede hvis forsikrede er 18 år.**

STED, DATO: BANKKONTONUMMER: UNDERSKRIFT

STED, DATO: BANKKONTONUMMER: UNDERSKRIFT

## BASISFULLMAKT (LIV)

### (ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT)

VÅR REFERANSE:

NAVN FØDSELSNUMMER

Undertegnede har meldt krav om utbetaling til Storebrand Livsforsikring. Jeg er innforstått med at selskapet vil kunne trenge nødvendige og relevante opplysninger for å kunne behandle saken, og gir derfor Storebrand fullmakt til å innhente følgende opplysninger:

- Erklæringer, epikriser, journalnotater fra lege / annet helsepersonell / legevakt / sykehus i tilknytning til eventuell innleggelse eller undersøkelse i forbindelse med sykdommen(e)/skaden(e) som jeg nå søker erstatning for.
- Utskrift av NAVs oppdaterte saksrapport. Denne inneholder en summarisk oversikt over registrerte opplysninger om arbeidsforhold, pensjonsgivende inntekter, fremsatte krav om stønader, pensjoner, sykmeldingsperioder med diagnose og navn på leger, stønader og tjenstepensjoner som utbetales, der type stønad og perioder fremgår. Oversikten gjelder både tiden før og etter sykdommen(e)/skaden(e) som jeg nå søker erstatning for oppstod.
- NAVs eventuelle legeerklæringer, sykmeldinger og vedtak, samt kopi av arbeidsevnevurdering og tiltaksplan/handlingsplan. I tillegg kopi av melding dersom skaden også er en yrkesskade.
- Nødvendige og relevante skade og helseopplysninger fra andre forsikringsselskap og Forsikrings søkerregisteret i Norges Forsikringsforbund (ROFF).

Fullmakten gjelder ikke identifiserbare opplysninger om andre enn den som har underskrevet. Fullmakten gjelder heller ikke rett til å innhente eller bruke informasjon fra genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikringsselskapene etter Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

**Opplysningene kan innhentes fra (fyll ut navn og adresse nedenfor):**

LEGEVAKT / SYKEHUS

MIN FASTE LEGE /ANDRE LEGER

NAV

ANDRE FORSIKRINGSSKAP

PSYKOLOG, FYSIOTERAPEUT, KIROPRAKTOR

ANDRE AKTUELLE INSTANSER

Jeg bekrefter at de ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg er kjent med at uriktige eller mangelfulle opplysninger kan medføre at erstatningen blir redusert eller faller bort og at denne og andre forsikringsavtaler kan sies opp, jf. forsikringsavtalelovens § 18-1. Jeg er videre kjent med at avgivelse av uriktige opplysninger er straffbart.

Jeg er kjent med at ved krav om erstatning for sykdom eller uførhet vil det bli foretatt en registrering i register over forsikringsøkere og forsikrede (ROFF). Følgende opplysninger vil bli registrert: " Navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskapet som foretar registreringen og registreringsdato. Registeret benyttes av forsikringsselskaper tilknyttet Finansnæringens Hovedorganisasjon for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. De registreringer som blir foretatt, blir slettet etter 10 år.

De angitte kilder løses med dette fra taushetsplikten tilsvarende denne fullmakten. Skulle selskapet finne det nødvendig med opplysninger utover dette, må du avgi ny fullmakt. Opplysningene oppbevares og behandles konfidensielt av selskapet, jf lov om personopplysninger.

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til selskapet.

### Underskrift:

Basisfullmakten må undertegnes av begge foresatte hvis forsikrede ikke har fylt 18 år.. Alternativt må dokumentasjon på eneomsorg fremlegges. Hvis forsikrede har fylt 18 år, undertegnes basisfullmakten av forsikrede selv.

STED / DATO

UNDERSKRIFT

STED / DATO

UNDERSKRIFT

### **Når forsikrede har fylt 15 år må forsikrede samtykke til innhenting av opplysninger:**

Jeg samtykker i at ovennevnte opplysninger kan innhentes.

STED / DATO

UNDERSKRIFT