

RETURADRESSE:

Storebrand Livsforsikring AS
PB 500 Lysaker
1327 Lysaker

VELG ÅRSAK.:

AVTALENR./POLISENR.:

FORSIKREDES NAVN

FORSIKREDES FØDSELSNR.

TELEFON PRIVAT

TELEFON MOBIL

FORSIKREDES ADRESSE

E-POST ADRESSE

Melding om sykdom

BESKRIV SÅ DETALJERT SOM MULIG SYKDOMMEN.

HVLKEN 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 DATO FOR EVT. DATO FOR EVT.
KONSULTASJON: INNLEGGELSE: 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:*Egenerklæringen fortsetter på neste side*

Fortsettelse fra side 1.

Egenerklæring ved krav om erstatning under Barneforsikring

FORSIKREDE:

FØDELSNR.:

Melding om ulykke:

Opplysninger om hendelsen/ulykken:

NÅR SKJEDDE ULYKKEN:

ER BARNET DEKKET AV HELÅRS REISEFORSIKRING,
ELLER VAR DET DEKKET AV REISEFORSIKRING 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

Egenerklæringen fortsetter på neste side

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 tjenestepensjoner 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 FORSIKRINGSSLESKAP

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 uferhet vil det bli foretatt en registrering i register over forsikringssøkere 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