

RETURADRESSE:

Storebrand Livsforsikring AS
PB 500 Lysaker
1327 Lysaker

SAKSNR.:

AVTALENR.

FORSIKREDES FØDSELSNR.

FORSIKREDES NAVN

TELEFON PRIVAT

MOBIL

TELEFON ARBEID

FORSIKREDES ADRESSE

Opplysninger om sykdom:

BESKRIV SÅ DETALJERT SOM MULIG DIN SYKDOM.

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

HAR DU 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 du har konsultert i forbindelse med din sykdom:

LEGENS NAVN:

SYKEHUS / INSTITUSJONENS NAVN: AVDELING:

ADRESSE:

DATO FOR DATO FOR EVT. DATO FOR EVT.
KONSULTASJON: INNLEGGELSE: UTSKRIVNING:**Opplysninger om min vanlige lege:**

LEGENS NAVN:

ADRESSE:

HAR NOE AV DINE FORELDRE ELLER SØSKEN LIDT
AV SAMME ELLER BESLEKTET SYKDOM?

Ja Nei

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

RØYKER DU SIGARETTER, SIGARER ELLER PIPE DAGLIG?

Ja Nei

HVIS JA, HVOR MYE?

ANTALL

MND / ÅR

HVIS DU HAR SLUTTET,
HVOR LENGE SIDEN?*Egenerklæringen fortsetter på neste side*

Fortsettelse fra side 1.
Egenerklæring ved krav om
erstatning ved Kritisk sykdom

FORSIKREDE:

FØDELSNR.:

Andre opplysninger:

Dersom selskapet etter å ha behandlet min søknad finner at jeg er berettiget til uføeerstatning, ønsker jeg at beløpet overføres til følgende bankkonto:

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 korrigert,
- 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 uføeerstatning med mitt navn og fødselsnummer vil bli registrert i Norske Livsforsikringssselskapers Registreringskontor (ROFF).

Dette er et register som benyttes av forsikringssselskapene 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.

STED, DATO:

UNDERSKRIFT

Vår referanse:

AVTALENR.:

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, inkludert sykmeldinger og vedtak samt 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 FORSIKRINGSSELSKAP

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.

STED / DATO

UNDERSKRIFT