

Vi ber Dem vennligst fylle ut skademeldingen så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen. Skaden vil bli meldt til Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister, se forsikringsbeviset.

Behandling av personopplysninger

Storebrand behandler personopplysningene dine.

1. Vi behandler personopplysningene for å kunne administrere din ulykkesforsikring hos Storebrand Forsikring 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 ulykkesforsikring, blir navnet og fødselsnummeret ditt registrert i Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister (FOSS). 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 Forsikring 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 Forsikring AS behandler helseopplysninger om deg.

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

Sted/dato/signatur

Forsikringstaker

DEKNINGSNR.	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER) ORG.NR.	BANK/POST KONTONR.	
NAVN	TLF. PRIVAT	TLF. ARBEID	MOBILTLF.
ADRESSE	YRKE/STILLING		
POSTNUMMER	STED	E-POST	TRYGDEKONTOR:

Ved å registrere e-postadresse aksepterer du at vi kan benytte e-post i videre dialog om denne skaden

Forsikringsforhold

HAR DU ANDRE FORSIKRINGER SOM OMFATTER ULYKKE?	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI SELSKAPETS NAVN	HVIS JA, ER SKADEN MELDT DIT?	Ja	Nei
HAR DU TIDLIGERE FÅTT ERSTATNING FOR ULYKKESSKADER?	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI FORSIKRINGSSSELKAP OG FOR HVILKEN ULYKKESSKADE			

Fortsetter neste side

Opplysninger om skadelidte (Hvis annen enn forsikringstaker)

NAVN

TLF. PRIVAT

TLF. ARBEID

MOBILTLF.

ADRESSE

YRKE/STILLING

POSTNUMMER

STED

TRYGDEKONTOR:

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER) ORG.NR.

BANK/POST KONTONR.

Opplysninger om skaden

HVOR INNTRAFF SKADEN?

NÅR INNTRAFF SKADEN (DATO OG KLOKKESLETT)?

VAR DE PÅVIRKET AV BERUSENDE ELLER
BEDØVENDE MIDDEL?

Ja

Nei

HVILKEN DAG OPPSØKTE DE LEGE?

HVILKE LEGER HAR BEHANDLET DEM (LEGENS NAVN, SYKEHUS/KONTORADRESSE)?

HVIS JA, OPPGI KJENNETEGN OG EIER

SKJEDDE SKADEN VED BILUHELL? Ja

Nei

HVIS JA, OPPGI ARBEIDSGIVERS NAVN OG ADRESSE

SKJEDDE SKADEN I YRKE? Ja

Nei

HVIS JA, OPPGI HVOR OG ANM.NR.

HVIS JA, OPPGI HVOR

ER SKADEN MELDT
POLITIET? Ja

Nei

ER SKADEN MELDT
ARBEIDSTILSYNET? Ja

Nei

BESKRIV HVORDAN UHELLET SKJEDDE OG HVA SOM VAR ÅRSAKEN TIL AT UHELLET INNTRAFF

HVA BESTÅR SKADEN I?

Undertegnede samtykker i at selskapet får de opplysninger det trenger om min helsetilstand fra leger og offentlige trygdemyndigheter.

STED, DATO:

FORSIKRINGSTAKERS UNDERSKRIFT: