

SØKNADSSKJEMA

ERSTATNING VED NEDSATT ARBEIDSEVNE (ARBEIDSUFØRHET)

A. Opplysninger om deg

KUNDENR. / KONTRAKT	NAVN	FØDSELSNUMMER
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
BANKKONTO	E-POST	MOBILTELEFON
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

B. Opplysninger om tidligere ansettelser med offentlig tjenestepensjon

Har du medlemskap i annen offentlig pensjonsordning, for eksempel Statens Pensjonskasse (SPK) eller KLP

HVILKET FORSIKRINGSELSSKAP?	HVILKEN ARBEIDSGIVER?	TIDSPERIODE FOR MEDLEMSSKAP:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Nei, jeg har ikke vært medlem av offentlig tjenestepensjonsordning.

C. Opplysninger om skaden/sykdommen

INFORMASJON OM SYKEPERIODE

NÅR MERKET DU SKADEN/PLAGENE/SYKDOMMEN FØRSTE GANG? DATO:	NÅR OPPSØKTE DU LEGE/SYKEHUS FOR DETTE FØRSTE GANG? DATO:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
FØRSTE DATO FOR SYKMELDING:	OPPHØRSDATO (MAKS DATO) FOR UTBETALING AV SYKEPENSER fra NAV:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
I HVILKEN GRAD ANSER DU DIN ARBEIDSEVNE SOM NEDSATT? OPPGI PROSENT:	HVIS DU HAR DELVIS NEDSATT ARBEIDSEVNE, OPPGI HVOR MANGE TIMER DU JOBBER PR. UKE (ca.) eller PROSENT:
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	NAVN PÅ NÅVÆRENDE ARBEIDSGIVER:
	<input style="width: 95%;" type="text"/>

D. Ytelser og perioder

HVILKE NAV-YTELSE MOTTAR DU OG HAR SØKT OM? (kryss av)

Mottar	Har søkt	NAV-ytelser	Syk grad i prosent	Timer i jobb pr. uke	Innvilget fra-dato:	Innvilget til-dato:
		Arbeidsavklaringspenger			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Uføretrygd			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annet (fyll ut):						

EVENTUELLE KOMMENTARER/UTFYLLENDE OPPLYSNINGER

Søknadsskjema fortsetter på neste side

E. Barn under 18 år

Det utbetales barnetillegg til uførepensjon for barn under 18 år, som du forsørger.

NAVN: <input type="text"/>	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER): <input type="text"/>
ADRESSE: <input type="text"/>	POSTNR/STED: <input type="text"/>
NAVN: <input type="text"/>	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER): <input type="text"/>
ADRESSE: <input type="text"/>	POSTNR/STED: <input type="text"/>
NAVN: <input type="text"/>	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER): <input type="text"/>
ADRESSE: <input type="text"/>	POSTNR/STED: <input type="text"/>
NAVN: <input type="text"/>	FØDSELSNUMMER (11 SIFFER): <input type="text"/>
ADRESSE: <input type="text"/>	POSTNR/STED: <input type="text"/>

F. Bekreftelse og underskrift

Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.

Jeg er kjent med

- at personopplysningene brukes av Storebrand Livsforsikring AS 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 erstatning med mitt navn og fødselsnummer vil bli registrert i Norske Livsforsikringsselskapers Registreringskontor (ROFF). Dette er et register som benyttes av forsikringsselskapene tilknyttet Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) 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 FNO.

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.

STED / DATO <input type="text"/>	UNDERSKRIFT <input type="text"/>
-------------------------------------	-------------------------------------

FULLMAKT (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.
- Oppdatert utskrift av din historikk hos NAV. Dette inkluderer rapporter/oversikter i NAVs datasystemer og kopi av vedtaksbrev. Informasjonen det gis tillatelse til å innhente er oversikt over opplysninger om arbeidsforhold, pensjongivende inntekter, fremsatte krav om stønader, alle perioder med stønad fra NAV der type stønad, grader, perioder samt eventuell diagnose og navn på leger 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 Forsikringsregisteret 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):

NAV KONTOR (MÅ FYLLES UT)

MIN FASTE LEGE /ANDRE LEGER (MÅ FYLLES UT)

LEGEVAKT / SYKEHUS

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 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 Fellesorganisasjon 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