

SØKNADSSKJEMA

ERSTATNING VED NEDSATT ARBEIDSEVNE (ARBEIDSUFØRHET)

A. Opplysninger om deg

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

C. Ytelser og perioder

Mottar	Har søkt	NAV-ytelser	Uføregrad	Innvilget fra-dato:
		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"/>
Annet (fyll ut):				

EVENTUELLE KOMMENTARER/UTFYLLENDE OPPLYSNINGER

Søknadsskjema fortsetter på neste side

D. Barn under 18 år

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

NAVN:

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER):

NAVN:

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER):

NAVN:

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER):

NAVN:

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER):

E. Bekreftelse og underskrift

Jeg bekrefter at ovennevnte opplysninger er riktige og fullstendige.

Jeg er kjent med

1. at personopplysningene brukes av Storebrand Livsforsikring AS og at formålet med behandlingen er å behandle mitt erstatningskrav,
2. at jeg har innsynsrett i selskapets forsikringsregister og at jeg har rett til å få uriktig informasjon korrigert,
3. at personopplysningene er taushetsbelagte og vil bli slettet etter reglene om foreldelse,
4. at fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon, og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter,

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

UNDERSKRIFT

FULLMAKT (ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT)

VÅR REFERANSE

NAVN

FØDSELSNUMMER

Jeg 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, pensjonsgivende 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.

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.

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 behandling av personopplysninger.

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

STED / DATO

UNDERSKRIFT