

Melding om skade: Annen sykdom – Uførekapital

Arbeidsuførhet – medisinsk invaliditet

Avtalenr.

Melding og nødvendige
attester sendes til:
Norsk Forsikring AS
Postboks 1073, Sentrum
0104 Oslo

Meldingen gjelder
søknad om erstatning for: Arbeidsuførhet Medisinsk invaliditet

Fylles ut av forsikringstaker (bedriften):

1. Opplysning om forsikringstaker

Forsikringstakers navn	Telefon
Adresse og postnr./-sted	E-post adresse

2. Opplysning om forsikrede (skadde/syke)

Etternavn, fornavn	Fødselsnr.	Yrke/Stilling	Stillingsprosent %
Adresse, privat	Telefon privat	E-postadresse	
Reg. ved trygdekontor	Skattekommune	Antatt årslønn skadeåret	Årslønn før skadeåret
		Lønn utbetalt i år, inntil skadedag	
Sivilstatus (sett kryss)	<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Ugift
		<input type="checkbox"/> Separert	
Ansattdato/ Dato for inntredelse i forsikringen:	Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var medlemmet helt arbeidsdyktig ved evt. forhøyelse av forsikringssummen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Årsak til skade: <input type="checkbox"/> Yrskeskade/-sykdom <input type="checkbox"/> Annen ulykke <input type="checkbox"/> Annen sykdom			

3. Opplysninger vedrørende sykefraværet

Maks. dato for sykepengene	Full lønn t.o.m.	Folketrygdytelse	Uførepensjon fra dato
Medlemmet er for tiden <input type="checkbox"/> Helt sykemeldt <input type="checkbox"/> Delvis sykemeldt <input type="checkbox"/> Helt arbeidsfør			
Oppgi dato for sykemeldingsperiode(r):		I denne perioden har medlemmet	
F.o.m dato	T.o.m. dato	Ikke arbeidet <input type="checkbox"/>	Arbeidet %
		Normal arb.tid er %	
F.o.m dato	T.o.m. dato	Ikke arbeidet <input type="checkbox"/>	Arbeidet %
		Normal arb.tid er %	

Forsikringstakers underskrift og stempel

Sted	Dato	Underskrift/stempel (forsikringstaker)
------	------	--

Fylles ut av skadelidte/medlemmet (ansatt):

4. Ved ulykke			
Oppsto skaden under utførelse av lønnet arbeid i bedriften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, hva slags arbeid/virksomhet?	
Hvilket politikammer er skaden meldt til? (navn)			Journalnr.
Er skaden meldt til Arbeidstilsynet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Ved trafikkulykke, oppgi:	Partenes navn	Bilnr.	Forsikringsselskap
	Foreligger det annen forsikring som omfatter skaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvilket selskap	
Beskriv hendelsesforløpet som førte til ulykken (vedlegg eventuelt kopi av rapporter)			
Kan De eller andre etter Deres mening bebreides for skaden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, angi grunn – navn og adresse	
Hadde De eller andre nytt alkohol eller var De eller andre påvirket av andre berusende midler i skadeøyeblikket?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, angi grunn – navn og adresse	

5. Ved sykdom			
Hva består sykdommen i?			
Når oppsøkte De lege første gang for den aktuelle lidelse?	Dato	Legens navn	
Når viste sykdommen de første symptomer?	Dato	Legens navn	
Har De tidligere hatt samme eller lignende sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilken sykdom?	Når?
Har De tidligere fått erstatning for sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, selskapets navn	For hvilken sykdom?

6. Nødvendige attester (kan også innhentes av forsikringsselskapet etter samtykke, se nedenfor).	
Vedlegges	
<input type="checkbox"/> Kopi av folketrygdens stønadsbrev	
Andre attester/erklæringer	

7. Bankkonto

Erstatningen ønskes overført til bankkonto nr:

8. Fullmakt

Jeg gir med dette Norsk Forsikring AS og Syndikat 3623 ved Lloyd`s of London fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling og koordinering av min skadesak.

Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra involverte leger, trygdekontor, arbeidsgiver og andre.

De som blir bedt om å avgi opplysninger/dokumenter fritas for taushetsplikt.

Alle opplysninger og all dokumentasjon kan videreformidles til selskaper som er involvert i skadesaken, herunder forsikringsgiver og oppgjørsselskap.

Sted	Dato	Underskrift (skadelidte/forsikrede)
------	------	-------------------------------------

Eventuelt utfyllende opplysninger: