

Melding om skade: Uførekapital - Forening/forbund

Gruppeavtale:
Forsikringsavtale nr:

Melding og nødvendige
attester sendes til:
Forsikring AS
Postboks 165
3571 ÅL

Meldingen gjelder
søknad om erstatning for: Arbeidsuførhet

1. Opplysning om skadelidt

Etternavn, fornavn		Telefon privat	
Adresse og postnr./-sted		E-post adresse privat	
Fødselsnr.		Yrke:	
Dato for inntredelse i forsikringen:		Var du helt arbeidsdyktig ved inntredelsen i forsikringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Reg. ved trygdekontor	Skattekommune	Årslønn:	
Sivilstatus (sett kryss) <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert			Annen informasjon:

2. Opplysninger vedrørende sykdom og uførhet

Maks. dato for sykepenger	Full lønn t.o.m.	Ytelse fra NAV	Uførepensjon fra dato	
Jeg 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 jeg vært:		
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 %

3. Opplysninger ved skade som skyldes ulykke

Oppsto skaden under utførelse av lønnet arbeid hos arbeidsgiver? <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	

4. Opplysninger som skyldes skade grunnet 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?

5. Nødvendige attester (kan også innhentes av forsikringsselskapet etter samtykke, se nedenfor).

Vedlegges
<input type="checkbox"/> Kopi av vedtak / stønadsbrev NAV
Andre attester/erklæringer – lege / sykehus etc.

6. Bankkonto

Erstatningen ønskes overført til bankkonto nr:
--

8. Bekreftelse og fullmakt

Jeg bekrefter at opplysningene ovenfor er fullstendige og korrekte. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre helt eller delvis tap av rett til erstatning, i henhold til FAL § 18-1.

Jeg gir med dette Norsk Forsikring AS (org.nr 987 516 976) Swiss Life (Luxembourg) SA (LEI: 54930048FDANNGN4UV52) og selskapets oppnevnte skadebehandler NORWEGIAN INSURANCE MANAGEMENT AS (org.nr 918 056 572) fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling av min forsikringssak. Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra lege, helsetjenesten, NAV, forsikringstaker (bedrift/forening) og tidligere forsikringsgivere. Mottatte opplysninger benyttes kun for å vurdere kravet. Dersom opplysninger/dokumenter som mottas inneholder informasjon som er unødvendig for saksbehandlingen, vil det etter artikkel 17 i Forordning (EU) nr. 2016/679 slettes eller sendes tilbake.

Samtykkene kan når som helst trekkes tilbake, men dette vil påvirke vår mulighet for å behandle kravet. Tilbakekallelse av samtykker må meldes skriftlig til selskapet.

Jeg samtykker i å motta informasjon om min skadesak på epost og/eller SMS.

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

Eventuelt utfyllende opplysninger: