

NORSK FORSIKRING AS

Skademelding Sykeavbrudd

Gjelder fra

9. november 2021

Melding og nødvendige attestester sendes til:

Kundesenter for Norsk Forsikring
Postboks 165
3571 ÅL

OPPLYSNINGER OM VIRKSOMHETEN

| | | | |
|--------------------|------------------------|--------------------------------|--|
| Virksomhetens navn | | Organisasjonsnummer (9 siffer) | |
| | | | |
| Adresse | Postnummer | Poststed | |
| | | | |
| Telefon | Kontonummer | Avtalenummer | |
| | | | |
| Kontaktperson | E-post (Kontaktperson) | Forening/Forbund | |
| | | | |

OPPLYSNINGER OM FORSIKREDE

| | | |
|------------------|---------------------------|-------------|
| Forsikredes navn | Fødselsnummer (11 siffer) | E-post |
| | | |
| Adresse privat | Postnummer | Poststed |
| | | |
| Telefon | Yrke | Ansatt dato |
| | | |

ÅRSÅK TIL SYKMELDING

SYKDOM (oppgi hvilken og når det ble startet)

| |
|--|
| |
|--|

ULYKKE (oppgi årsak, ulykkesdato skadeomfang)

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---|---|
| Når ble lege kontaktet første gang? Oppgi dato. | Legens navn og adresse |
| | |
| Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom/ulykke? | Hvis Ja, oppgi når |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Skyldes sykdommen yrkesskade/yrkessykdom eller trafikkulykke? | Oppgi forsikringselskap som behandler sak under Yrkesskadeforsikring (Bilansvar, samt skadenummer |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Skyldes skademeldingen pasientskade? | Oppgi skadenummer hos Norsk Pasientskadeerstatning |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Skyldes skademeldingen annen ansvarlig skadevolder? | Hvis Ja, vennligst forklar nærmere |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Eventuelle utfyllende opplysninger | |
| | |
| Har du sykeavbruddsforsikring i annet selskap? | Oppgi hvilket forsikringselskap, samt avtalenummer |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |

ERKLÆRING/UNDERSKRIFT

- 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 987516976), Lloyds Insurance Company SA (LEI: 213800XGIP5HHIO5WV42) og selskapets oppnevnte skadebehandler SEDGWICK NORWAY AS (org.nr 819 423 482), fullmakt til å innhente de opplysninger som selskapene anser som nødvendige og relevante for behandling av min skadesak

Fullmakten omfatter rett til å innhente alle opplysninger/dokumenter fra involverte leger, sykehus, institusjoner, NAV og arbeidsgiver som er relevante for min skadesak. I tillegg gir fullmakten rett til å få bekreftet gyldig forsikringsdekning og eventuelle reservasjoner/begrensninger i forsikringsdekning fra Den Norske Advokatforenings forsikringsmegler Lockton Companies AS. Alle opplysninger og all dokumentasjon kan viderefremmes til selskapene som er involvert i forsikringsaken. Forsikrede kan i den forbindelse også bli bedt om å underlegge seg undersøkelse av en annen lege eller medisinsk sakkyndig som Forsikringsselskapet dekker kostnadene for.

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

Mottatte opplysninger benyttes kun for å vurdere kravet. Dersom opplysninger/dokumenter som mottas inneholder informasjon som er nødvendig for saksbehandlingen, vil det etter artikkel 17 i Forordning (EU) nr. 2016/679 stettes 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.

| Sted | Dato | Underskrift |
|------|------|-------------|
| | | |

Følgende dokumentasjon må vedlegges skademeldingen:

Fra virksomheten:

- Kopi av virksomhetens årsregnskap/næringsoppgave for de to siste år.
- For DA: Dokumentasjon som viser sykmeldtes andel av omsetning og faste kostnader

Fra forsikrede:

- Kopi av forsikredes sykmeldinger (del B eller kopi av elektronisk sykemelding) som viser diagnose, sykmeldingsgrad, første dato for sykmeldingsperioden)
- Kopi av forsikrede eventuelle egenerklæring til NAV vedrørende ferie o.l.
- Kopi av forsikrede skattemeldingen for de 2 siste år.
- Kopi av dokumentasjon for utbetaling av sykepenger fra NAV.

FULLMAKT

| ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Forsikredes navn | Fødselsnummer (11 siffer) | Første sykemeldingsdato |
| | | |
| Forsikredes adresse | Postnummer | Poststed |
| | | |
| Diagnose/Plager | | |
| | | |

| UNDERTEGNEDE HAR MELDT SKADE - SYKEAVBRUDDSFORSIKRING | | |
|---|------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jeg er innforstått med at selskapet vil trenge opplysninger for å kunne behandle saken, og gir derfor selskapene Norsk Forsikring AS org.nr , 987516976, Lloyds Insurance Company SA (LEI: 213800XGIP5HHIO5WV42) og selskapets oppnevnte skadebehandler Norwegian Insurance Management AS org.nr 918056572 fullmakt til å innhente følgende opplysninger: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Journalnotater fra legevakt/sykehusandre/andre instanser i tilknytning til evt. innleggelse eller undersøkelse umiddelbart etter ulykken/ sykdommen.• Legeerklæringer/epikriser fra den lege/de leger som har undersøkt meg etter ulykken/sykdommen.• Utskrift av NAVs oppdaterte innsynsrapport/saksrapport (S02 og G04). Denne inneholder en summarisk oversikt over NAVs registrerte opplysninger om arbeidsforhold, pensjonsgivende inntekter, fremsatte krav om stønader, pensjoner, sykemeldingsperioder med diagnose og navn på leger, stønader og tjenestepensjoner som utbetales av NAV der type stønad fremgår. Oversikten gjelder både tiden før og etter ulykken/ sykdommen(e) som jeg må søke erstatning for.• NAVs aktivitetsplan, eventuelle legeerklæringer, inkludert sykemeldinger og vedtak etter ulykken/sykdommen samt kopi av melding dersom skaden også er en yrkesskade/sykdom.• Nødvendige og relevante skade- og helseopplysninger fra andre forsikringsselskap.• De angitte kilder løses med dette fra taushetsplikten tilsvarende denne fullmakten. Skulle selskapet finne det nødvendig med opplysninger utover dette, må det innhentes særskilt fullmakt. Det forutsettes at opplysningene oppbevares og behandles konfidensielt av selskapet. Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved skriftlig melding til selskapet. | | |
| Sted | Dato | Underskrift fra forsikrede* |
| | | |

* Fullmakt må skrives ut og signeres. Dette kreves for at fullmakt skal være gyldig og dermed kan benyttes til innhenting av dokumentasjon.

Fullmakten sendes til:

Kundesenter for Norsk Forsikring
Postboks 165
3571 ÅL

Norsk Forsikring AS

- +47 454 92 900
- post@norskforsikring.no
- www.norskforsikring.no