

Egenerklæring – Sykeavbruddsforsikring

Legg ved utfylt sykemelding som viser personalia, sykemeldingsperiode, -grad og -diagnose. Gi beskjed ved ferie og annet fravær, og om du jobber mer enn avtalt i perioden.

Personlige opplysninger

Forsikredes fulle navn:	Fødselsnummer:
Forsikring / polisenummer:	Organisasjonsnummer:
Telefon:	E-postadresse:
Kontonummer for utbetaling (må tilhøre forsikrede eller forsikringstaker):	

Årsaken til sykefraværet

<input type="checkbox"/> Sykdom Oppgi hvilken og når den begynte: Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja; – vennligst oppgi forsikringssselskapets navn:	<input type="checkbox"/> Ulykke Oppgi årsak og ulykkestidspunkt:
Når ble lege kontaktet første gang? Oppgi dato:	Legens navn og legekantor:

Oversikt over sykefraværet

Sykemeldingsgrad: Fra – til:	Sykemeldingsgrad: Fra – til:
Sykemeldingsgrad: Fra – til:	Sykemeldingsgrad: Fra – til:
Retten til sykepenger opphører:	Jeg venter å begynne i: Dato: <input type="checkbox"/> Mitt vanlige arbeid <input type="checkbox"/> Annet arbeid
Skyldes sykemeldingen yrkesskade/yrkessykdom eller trafikkulykke? JA <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> NEI	Oppgi hvilket forsikringssselskap som behandler saken under yrkesskade- eller bilansvarforsikring:

Evt. utfyllende opplysninger:

--

Behandling av opplysninger om din helse

For at Storebrand skal kunne vurdere ditt krav om erstatning må du samtykke til at Storebrand Forsikring AS behandler helseopplysninger om deg.

1. Vi behandler personopplysningene for å kunne administrere sykeavbruddsforsikringen hos Storebrand Forsikring AS.
2. Opplysningene du har oppgitt på blanketten for krav om erstatning, er nødvendige for at vi skal kunne ta stilling til ditt krav og oppfylle innholdet i avtalen. Fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon og korrekt rapportering til offentlige myndigheter.
3. Opplysningene slettes når vi ikke lenger kan ha forpliktelser etter avtalen du har inngått med oss eller annet regelverk.
4. Når du søker om erstatning fra sykeavbruddsforsikringen, blir navnet og fødselsnummeret ditt registrert i Forsikringsselskapenes sentrale skaderegister (FOSS). Dette er et register som benyttes av forsikringsselskapene som er tilknyttet Finans Norge.
5. Du kan lese mer om rettighetene dine, som retten til innsyn, retting og sletting, i vår personvernerklæring på storebrand.no.
6. Storebrand Forsikring AS, ved administrerende direktør, er ansvarlig for behandling av personopplysningene. Har du spørsmål om behandling av personopplysninger, kan du sende en e-post til Storebrands personvernombud: personvernombud@storebrand.no.

Behandling av opplysninger om din helse (kryss av her)

For at Storebrand skal kunne vurdere ditt krav om erstatning må du samtykke til at Storebrand Forsikring AS behandler helseopplysninger om deg.

Jeg samtykker til at Storebrand Forsikring AS behandler helseopplysninger om meg for å gjennomføre forpliktelser etter avtale som er inngått om sykeavbruddsforsikring.

Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til helt eller delvis tap av retten til erstatning og at selskapet da kan si opp enhver forsikringsavtale det har med meg og at avgivelse av uriktige opplysninger er straffbart.

STED / DATO

UNDERSKRIFT

Basisfullmakt (LIV) (ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT)

SAKSNR

Vår referanse:

AVTALENR

FØDSELSNUMMER

NAVN

Undertegnede har meldt krav om utbetaling til Storebrand Forsikring. 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.
- Utskrift av NAVs oppdaterte saksrapport. Denne inneholder en summarisk oversikt over registrerte opplysninger om arbeidsforhold, pensjonsgivende inntekter, fremsatte krav om stønader, pensjoner, sykmeldingsperioder med diagnose og navn på leger, stønader og tjenstepensjoner som utbetales, der type stønad og perioder 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 forsikringselskap og Forsikringsregisteret i Norges Forsikringsforbund (ROFF)
- Opplysninger om helsevurdering og reservasjon ved sykeavbruddsforsikring fra tidligere forsikringsgiver.

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 forsikringselskapene etter Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

Opplysningene kan innhentes fra (fyll ut navn og adresse nedenfor):

LEGEVAKT / SYKEHUS

MIN FASTE LEGE /ANDRE LEGER

NAV

ANDRE FORSIKRINGSSKAP

PSYKOLOGI, FYSIOTERAPEUT, KIROPRAKTOR,

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 personopplysninger.

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til selskapet

STED / DATO

UNDERSKRIFT