

Skademeldingsskjema - Sykdom

Navn på kraftselskap		
Medlemsnummer	Målenummer	
Fornavn og Etternavn	Fødsels- og personnummer (11 sifre)	
Adresse	Postnummer og sted	
Mobiltelefon	E-post	Kontonummer
Stilling/yrke		

Opplysninger om sykdom/ulykke

Vennligst opplys om sykehus (eller andre behandlingssteder) der du ble behandlet for sykdommen/ulykken, inkludert navn på lege(r) som behandlet deg.

Behandlingssted	
Lege(r) du har oppsøkt i løpet av de siste 12 månedene	
Dato for ulykken eller stilt diagnose	Første gang du oppsøkte lege for disse symptomene
Siste dag du var i arbeid	Hvor lenge har du, eller forventer du å være borte fra arbeid?
Tok det lengre enn 4 dager fra du sluttet å arbeide til du første gang oppsøkte lege?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Gi nærmere opplysninger om ulykken eller sykdommen og forklar hvorfor du er forhindret fra å arbeide	

Informasjon om arbeidsgiver

Arbeidsgivers navn	Adresse, postnummer og sted
Telefon	Dato for tiltredelse

Informasjon om forsikringsselskapet

Jeg krever ytelser i henhold til min forsikringsavtale grunnet sykdom, ulykke eller sykehusopphold. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetielfelle og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger og at jeg også kan tape i retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav og samtykker i at Sedwick på vegne av Insr Insurance Group ASA kan innhente uttalelser og opplysninger fra alle leger og helseinstitusjoner hvor jeg har vært til undersøkelse og/eller behandling, både fout for tegning av forsikringen og senere. Jeg fritar legene og helseinstitusjonene fra sin taushetsplikt til å gi fullstendige opplysninger og svar på alle spørsmål som Sedwick måtte finne nødvendig for behandling av forsikringsaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Jeg samtykker i at alle opplysningene blir lagret på data.

Jeg avgir med dette overnevnte erklæring.