

1a. Opplysninger om forsikringstaker

Etternavn, fornavn	Avtalenr.	Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse	Telefon	E-postadresse
	Kontonummer til forsikringstaker	

1b. Opplysninger om forsikrede (den skadde/syke)

Etternavn, fornavn	Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse	Telefon*	E-postadresse*
	Kontonummer til forsikrede*	

* Dersom forsikrede er over 18 år.

2a. Spørsmål som besvares ved sykdom

Hvilken sykdom?	Når begynte sykdommen?	Dato for når lege ble oppsøkt første gang
Har forsikrede lidd av lignende sykdom tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dersom ja, ble lege kontaktet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato for når diagnose ble stilt

2b. Spørsmål som besvares ved ulykke

Når inntraff ulykken (dato og klokkeslett)?	Hvor inntraff ulykken?	Var det på arbeid/skole eller i fritiden? <input type="checkbox"/> På arbeid/skole <input type="checkbox"/> I fritiden
Gi en nøyaktig beskrivelse av hvordan skaden inntraff (ved behov for ytterligere skriveplass, bruk pkt. 4)		
Hva består skaden i?	Var forsikrede påvirket av alkohol, narkotiske midler eller medisiner da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

3. Spørsmål som besvares ved sykdom og ulykke

Har forsikrede vært innlagt på sykehus for samme skade/sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dersom ja, oppgi tidsrom (fra dato/til dato) og sykehusets/klinikkens navn og adresse
Har det vært utbetalt eller søkt om stønad fra Folketrygden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dersom ja, hva slags stønad, når ble det søkt, og for hvilket tidsrom (fra dato/til dato)
Er forsikrede forsikret i annet selskap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dersom ja, hvilket selskap og avtalenummer?
Har forsikrede tidligere fått erstatning for ulykkeskade/sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dersom ja, fra hvilket selskap?

4. Evt. ytterligere opplysninger

--

5. Underskrift/erklæring

Jeg/vi erklærer at gitte opplysninger er fullstendige og korrekte

Sted/dato	Sted/dato
Forsikredes underskrift (Dersom forsikrede er over 18 år)	Forsikringstakers underskrift

NB! Snu skjema!

Erklæring om fritak for taushetsplikt

Forsikredes navn	Fødselsdato	Skadedato
Forsikredes adresse		

Undertegnede har meldt om personskade etter ulykke/sykdom til Tryg Forsikring

Jeg er innforstått med at selskapet vil trenge opplysninger for å kunne behandle saken, og gir derfor selskapet fullmakt til å innhente følgende opplysninger:

- Journalnotater fra lege/legevakt/sykehusandre/andre instanser i tilknytning til evt. innleggelse eller undersøkelse 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, pensjongivende inntekter, fresatte krav om stønader, pensjoner, sykemeldingsperioder med diagnose og navn på leger, stønader og tjenstepensjoner 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 vedrørende personskaden.

Opplysningene kan hentes fra (vennligst fyll ut nedenfor, skriv tydelig og bruk BLOKKBOKSTAVER)

1. NAV-kontor - navn/adresse	5. Andre leger inkl. senter legen er tilknyttet - navn/adresse
2. Fastlege inkl. senter legen er tilknyttet - navn/adresse	7. Legevakt - navn/adresse
4. Andre leger inkl. senter legen er tilknyttet - navn/adresse	8. Sykehus - navn/adresse

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	Forsikredes underskrift (Dersom forsikrede er over 16 år)*
Sted/dato	Foresattes underskrift (Dersom forsikrede er under 18 år)*

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