

Opplysninger om forsikringstaker

Forsikringstaker (hvis forbundsavtale, oppgi forbundsnavn)	Avtalenr.
Driftskontonummer	Organisasjonr.

Opplysninger om forsikrede

Forsikredes navn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse privat	Postnr./-sted	
Yrke	Ansatt dato	Telefonnr.
E-post	Ønsket kommunikasjonsform <input type="checkbox"/> Brev (i post) <input type="checkbox"/> E-post	Ved å velge e-post som ønsket kommunikasjonsform samtykker jeg i at kommunikasjon mellom meg og Tryg forsikring i denne saken foregår via e-post. Les mer om Trygs sikkerhet ved sending av e-post nederst på siden.

Arsak til sykemelding

<input type="checkbox"/> Sykdom Oppgi hvilken og når det startet	<input type="checkbox"/> Ulykke Oppgi årsak, ulykkesdato og skadeomfang
Når ble lege kontaktet første gang? Oppgi dato	Legens navn og adresse
Har du tidligere fått erstatning for samme sykdom/ulykke? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, oppgi når og forsikringsselskaps navn
Skyldes sykdommen yrkesskade/yrkessykdom eller trafikkulykke? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppgi forsikringsselskap som behandler sak under Yrkesskadeforsikring/Bilansvar, samt skadenr
Skyldes skademeldingen pasientskade? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppgi skadenr hos Norsk Pasientskadeerstatning
Skyldes sykemeldingen annen ansvarlig skadevolder? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, vennligst forklar nærmere
Eventuelle utfyllende opplysninger	
Har du sykeavbruddsforsikring i annet selskap? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppgi hvilket forsikringsselskap, samt avtalenummer

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.		
Sted	Dato	Underskrift

Skademelding og kopi av sykemeldingsattester (del som viser diagnose, sykegrad, sykemeldingsdato, samt egenerklæring til NAV vedrørende ferie o.l.) sendes til: Tryg Forsikring, Personskade, Postboks 7070, 5020 Bergen, Kryptert e-post kan sendes til personskade@tryg.no

Samtykke via e-post

Tryg benytter e-post i kommunikasjonen med våre kunder. Vi vil ikke sende e-post som ikke er tilfredsstillende sikret mot innsyn fra uvedkommende (kryptert), med mindre du har samtykket i at e-posten sendes ukryptert. Dersom e-posten inneholder sensitive personopplysninger (for eksempel helseopplysninger), vil e-posten alltid sendes kryptert. Enkelte meldinger skal i henhold til forsikringsavtaleloven sendes skriftlig. Dersom du samtykker til det, kan slike meldinger likevel sendes elektronisk, jf. forsikringsavtaleloven § 20-3.

Vi anbefaler at du aldri sender sensitive opplysninger som e-post. Logg deg i stedet inn på Min Side på www.tryg.no og send oss en melding derfra.

Erklæring om fritak for taushetsplikt

Forsikredes navn	Fødselsnr. (11 siffer)	Første sykemeldingsdato
Forsikredes adresse		
Diagnose/plager		

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 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, 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.

Opplysningen kan hentes fra (vennligst fyll ut nedenfor)

1. NAV-kontor	Adresse
2. Fastlege inkl. LEGESENTERET	Adresse
3. Andre leger inkl. LEGESENTERET	Adresse
8. Sykehus / Legevakt	Adresse
10. Fysioterapeut, kiropraktor, psykolog o.l.	Adresse
13. Annet forsikringsselskap	Adresse
14. Andre instanser	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	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.