

## 1. Opplysninger om forsikrede

Etternavn, fornavn	Avtalenr.	Fødselsdato og personnummer (11 siffer)
Adresse	Telefon*	Bankgiro (11 siffer)
	E-postadresse	

\* 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 ulykkesskade/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	Foresattes underskrift

Vennligst se fullmakt på baksiden

Navn	Fødselsdato	Skadedato
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 legevakt/sykehus 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 trygdekontoets oppdaterte saksrapport/innsynsrapport og oversikt over evt. sykemeldingsperioder med angivelse av diagnose og sykemeldende leges navn både før og etter ulykken/sykdommen.
- Trygdekontoets evt. legeerklæringer (inkl. sykemelding II) og vedtaksbrev etter ulykken/sykdommen samt eventuell melding dersom skaden også er en yrkesskade.

### 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	Underskrift fra forsikrede
Sted/dato	Underskrift fra foresatte