

Egenmelding - ervervsuførhet

Uførekapital

Vi ber om at egenerklæringen fylles ut så fullstendig og nøyaktig som mulig. Vi gjør oppmerksom på at den som bevisst gir uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med skadeoppgjør, kan tape enhver rett etter forsikringsavtalen.

Forsikringstaker (arbeidsgiver):			
Kundenummer:	Org.nr/fødselsnr:	Navn:	
Adresse:		Telefon:	Kontaktperson:
Skadelidte (arbeidstaker):			
Navn:		Fødselsnummer (11 siffer):	Erstatning ønskes overført til konto:
Adresse:		Telefon:	Yrke/stilling:
Postnr:	Sted:	E-post:	Stillingsprosent:
Opplysninger om ervervsuførheten:			
Hva skyldes ervervsuførheten? <input type="checkbox"/> Sykdom <input type="checkbox"/> Ulykke		Oppgi hvilken sykdom/skade du har blitt påført:	
Hvis uførheten skyldes en ulykke, gi en kort forklaring om hvordan ulykken skjedde (ved behov kan skjemaets bakside benyttes):			
Skjedde ulykken ved et biluhell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi bilens reg.nr:	Bilens forsikringsselskap:
Skjedde sykdommen/ulykken i yrket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi hvilket forsikringsselskap du er yrkesskadeforsikret i?	
Når inntraff sykdommen/ulykken?		Oppgi navn og adresse på lege/sykehus som behandlet deg første gang	
Når kontaktet du lege første gang?			
Når ble du sykemeldet første gang?		Oppgi navn og evt. adresse på den lege som sykemeldte deg første gang	
Har du vært helt/delvis friskmeldt etter første sykemelding? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi når og i hvilken grad	
Har du tidligere (forut for nåværende sykdom/skade) vært ervervsufør? (sykemeldt lenger enn 1 mnd) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi når og hvilken årsak. Oppgi også navn og adresse på behandlende lege (ved behov kan skjemaets bakside benyttes)	
Har du eller vil du søke om uførepensjon fra Folketrygden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis du har søkt når ble søknaden sendt og er den innvilget?	
Foreligger det andre forhold som du mener kan være av betydning for selskapets vurdering av erstatningskravet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvis ja, oppgi hvilke (ved behov kan skjemaets bakside benyttes)	

Fullmakt:

Jeg gir med dette KNIF Trygghet forsikring AS og deres skadeoppgjørsselskap Crawford & Company (Norge) AS fullmakt til å innhente kopi av journalnotater, epikriser, legeerklæringer fra legevakt, sykehus eller leger som undersøkte og behandlet meg/forsikrede i forbindelse med sykdommen, samt trygdeopplysninger eller relevante opplysninger fra annet forsikringsselskap.

Fullmakten gjelder (kryss av):

- Jeg gir med dette fullmakt kategori A (redigert journal) som gir fullmakt til innhenting av opplysninger som legen/behandler mener er relevante for de problemstillinger som saken gjelder.
- Jeg gir med dette fullmakt kategori B (komplett journal) som gir anledning til å innhente fullstendig, uredigert kopi av journaler, epikriser, rapporter og forsikrings- /tryggedokumenter.

Dersom Knif Trygghet Forsikring AS eller deres skadeoppgjørsselskap Crawford & Company (Norge) AS ønsker informasjon fra andre enn de som jeg har opplyst om i denne fullmakten, plikter selskapet å innhente ny fullmakt fra meg.

Følgende kan kontaktes:

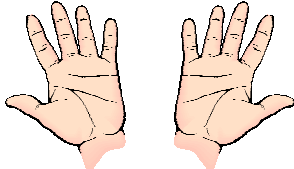
Fastlege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Lege:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
Sykehus:	Adresse:
NAV-kontor:	Adresse:
Likningskontor:	Adresse:
Forsikringsselskap:	Adresse:

Andre spesifiserte kilder /andre opplysninger:

Erklæring:

Jeg erklærer at alle oppgitte opplysninger er korrekte. Jeg er klar over at svik mot selskapet er straffbart og vil frata meg enhver rett til erstatning:

Sted og dato:	Underskrift:	Fødselsnummer (11 siffer):
---------------	--------------	----------------------------

Legeerklæring (må alltid fylles ut):			
Forsikringstaker (DETTE FELTET MÅ FYLLES UT)	Forsikringstakers kundenummer:	Skadenummer:	
Pasientens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):	Skadedato (må fylles ut)	
Adresse:	Telefon privat:	Telefon arbeid:	
Opplysninger om skaden:			
Behandlet første gang, dato/år	Behandlingen avsluttes dato/år		
Hvilken lege ble tilkalt første gang (navn og adresse)	Når overtok De behandlingen?		
Erklæringen gjelder (ved mellomberetning og slutterklæring gjentas ikke allerede avgitte opplysninger): <input type="checkbox"/> Første gangs erklæring <input type="checkbox"/> Mellomberetning <input type="checkbox"/> Slutterklæring			
Vi har fått melding om at ovennevnte person er tatt under behandling av Dem. For å kunne vurdere vårt erstatningsansvar, ber vi om en kort orientering om skaden/sykdommen.			
Hva består skaden/sykdommen i (populær betegnelse bes brukt)	Evt fingeramputasjon bes inntegnet på skissen.		
			
Er det intruffet komplikasjoner – evt hvilke?	Prognose:		
Vil skaden kunne føre til livsvarig medisinsk invaliditet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>%	Vil skaden kunne føre til livsvarig ervervsmessig uførhet? Evt. Grad <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> %		
Foreligger det ulykkesskade – dvs en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skadedes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand el.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skaden forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Lider skadelidte av blindhet, døvhhet, epilepsi, diabetes, apopleksi eller annen alvorlig sykdom eller skrøpelighet? Hvilken?			
Skadede var sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:	Skadede var delvis sykmeldt Fra: Til: Evt. antatt varighet:		
Merknader:			
Sted og dato:	Legens underskrift:		

Vi er av skattemyndighetene pålagt oppgaveplikt for honorarer og andre godtgjørelser. Dessuten er vi pålagt å trekke skatt for alle som ikke er selvstendig næringsdrivende. Vi ber dem derfor være så vennlig å krysse av og fylle ut de nødvendige opplysningene nedenfor.		
Honoraret bes sendt til:	Navn:	Kontonr:
	Adresse, Postnr., poststed	
Ved direkte utbetaling til lege	Selvstendig næringsdrivende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fødselnr (11 siffer):
	Skattekommune	Trekk %
GJELDER IKKE SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE		