

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: