

SKADEMELDING

Kreftforsikring

OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (forsikringstaker)

Forsikringstakers navn	Organisasjonsnr.	Forsikringsbevisnr.
Adresse	Tlf.nr.	
Når ble skadelidte ansatt i bedriften (dato)?		
Arbeidsgivers signatur		

OPPLYSNINGER OM SKADELIDTE

Forsikredes navn	Personnr. (11 siffer)
Privat adresse	Privat tlf.nr.
Yrke/stilling	Bankkontonr. (for evt. Erstatning)
Epost:	Tlf.nr.

Når fikk du diagnose?
Navn på sykehus/lege

Jeg bekrefter at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig, og er kjent med at forsikringsgiver er fritatt for sitt ansvar dersom det er gitt feilaktige opplysninger, jfr. Lov om forsikringsavtaler av 1989 kapittel 4. Ved å godkjenne denne fullmakten gir jeg mitt samtykke til at leger og annet helsepersonell får gi Alivia Insurance AB og forsikringsgiveren MGEN (fransk reg.nr. 775 685 399) samt deres reassuransepartner mine personopplysninger, inklusiv pasientjournaler, patologirapporter, bildediagnostikk, vevsprøver, informasjon om vevsprøver, eller annen medisinsk informasjon om min sykdom som de trenger for å vurdere og behandle den aktuelle sykdom/skade, samt til de spesialistleger eller sykehus som Alivia Insurance AB og/eller forsikringsgiveren MGEN samt deres reassuransepartner bruker for å vurdere og behandle sykdommen/skaden.

Sted og dato	Underskrift
--------------	-------------

Skjema sendes til

Norwegian Underwriting Agency AS
Fru Kroghs Brygge 8
0252 OSLO
Epost: post@norua.com