

BASISFULLMAKT (Sykdom)

(ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT)

Forsikringsselskapets referanse:

Jeg, <NAVN>, <F.NR.> har meldt om en sykdom hos <meg selv>/<NAVN>, <F.NR.> som kan gi rett til erstatning.

Jeg er innforstått med at [FORSIKRINGSSSELKAP] trenger nødvendige og relevante opplysninger for å kunne behandle saken. Jeg gir derfor [FORSIKRINGSSSELKAP] fullmakt til å innhente følgende:

- Journalnotater fra helsepersonell i tilknytning til eventuell innleggelse eller undersøkelse i forbindelse med sykdommen som jeg nå søker erstatning for.
- Epikriser (rapporter) fra behandlinger og/eller undersøkelser i forbindelse med sykdommen.
- Erklæringer fra behandlere, f.eks. legeerklæringer. Disse kan inkludere svar på spørsmål om helsetilstand og sykehistorie som er relevant for prognose/fremtidig funksjon, ref. Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. (FOR-2008-12-18-1486).
- Oversikt fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) som inneholder registrerte opplysninger om arbeidsforhold, pensjonsgivende inntekter, fremsatte krav om stønader, pensjoner, sykmeldingsperioder med diagnose og navn på leger, stønader og tjenstepensjoner som utbetales av NAV der type stønad og perioder fremgår. Oversikten gjelder både tiden før og etter sykdommen som jeg nå søker erstatning for.
- Arbeids- og velferdsetatens (NAVs) eventuelle legeerklæringer relatert til sykdommen, inkludert sykmeldinger og vedtak, samt kopi av melding dersom skaden også er en yrkessykdom.
- Arbeids- og velferdsetatens (NAVs) eventuelle arbeidsevnevurderinger, aktivitetsplaner og rapporter fra tiltaksarrangører.
- Nødvendige og relevante helseopplysninger fra andre forsikringsselskaper vedrørende sykdommen.

Dersom [FORSIKRINGSSSELKAP] trenger å be om en medisinskfaglig vurdering av saken, samtykker jeg også til at helsepersonell får innsyn i de dokumentene denne fullmakten omfatter, ref. helsepersonelloven § 22.

Fullmakten gjelder ikke identifiserbare opplysninger om andre enn den fullmakten gjelder. Fullmakten omfatter heller ikke rett til å innhente eller bruke informasjon fra genetiske tester, som er gjort for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikringsselskapene etter bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

Opplysningene kan innhentes fra **(fyll ut navn og adresse nedenfor)**:

FASTLEGENS NAVN OG ADRESSE	ANDRE LEGER/LEGEVAKTER/SYKEHUS

Arbeids- og velferdsetaten (NAV) - også navn på evt. tidligere NAV kontorer.	ANDRE AKTUELLE BEHANDLERE/INSTANSER (f.eks. psykolog, fysioterapeut, kiropraktor)
ANDRE FORSIKRINGSSKAPER	

De angitte kilder løses med dette fra taushetsplikten tilsvarende denne fullmakten. Skulle forsikringsselskapet finne det nødvendig med ytterligere opplysninger, må forsikringsselskapet be om ny fullmakt. Det er en forutsetning at opplysningene oppbevares og behandles konfidensielt av forsikringsselskapet.

Jeg er kjent med at ved melding om sykdom vil fødselsnummer, navn på forsikringsselskapet som skaden er meldt til og skadetype bli registrert i "Sentralt Skaderegister" (FOSS) som ligger i Finans Norge Forsikringsdrift. Ved registrering av sykdom får forsikringsselskapet automatisk en oversikt over alle skadesaker som er meldt til registeret på samme kunde – også saker meldt til andre forsikringsselskaper. Registrerte skader slettes etter 10 år. Formålet med registeret er å forhindre og forebygge forsikringssvindel.

Jeg er kjent med og samtykker til at opplysninger om meg kan sendes til og behandles hos forsikringsselskapets samarbeidende gjenforsikringsselskap i inn- og utland.

Jeg er videre kjent med at dersom jeg har meldt flere krav om utbetaling til forsikringsselskapet eller jeg er forsikret under flere forsikringsdekninger i forsikringsselskapet som kan medføre utbetaling av forsikringssum eller erstatning, kan opplysningene som er innhentet på bakgrunn av denne fullmakten benyttes ved behandling av samtlige saker, når opplysningene er nødvendige og relevante for behandling av saken.

Jeg er innforstått med at jeg kan hente nærmere informasjon om bl.a. innsyn, retting og sletting på [WWW.YYYYY.NO]. Jeg er også innforstått med at forsikringsselskapet trenger fødselsnummer for sikker identifikasjon og korrekt rapportering til myndigheter.

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake ved melding til forsikringsselskapet, men jeg er innforstått med at det vil kunne påvirke muligheten til å benytte forsikringen. Et tilbakekall vil ikke påvirke opplysninger som allerede er innhentet. Med mindre fullmakten trekkes tilbake er den gyldig til saken er ferdig behandlet. Behandling av personopplysninger i den tid fullmakten foreligger er lovlig.

Gjelder skadelidte barn som er 16 og 17 år:

- ☐ Jeg samtykker i at mine foreldre får innsyn i mine helseopplysninger og kan bruke disse opplysningene i forbindelse med skadesaken.
- ☐ Jeg samtykker ikke i at mine foreldre får innsyn i mine helseopplysninger. Jeg er samtidig innforstått med at beslutninger i skadesaken må forelegges Statsforvalteren for godkjenning så lenge jeg ikke er myndig.

.....
 Sted Dato Underskrift

Hvem må undertegne fullmakten:

- Hvis skadelidt er myndig: Skadelidte selv
- Hvis skadelidt åpenbart ikke er i stand til å avgi fullmakt på grunn av helsemessige forhold: Vergen
- Hvis skadelidt er under 16 år: Vergen
- Hvis skadelidt er 16-17 år: Vergen og barnet må begge undertegne.