



## Trinn 1: Viktig informasjon

### Viktig informasjon

- Skademeldingsskjemaet må sendes inn senest 365 dager etter diagnosedato.
- Forsikringen dekker ikke sykdom som begynte før startdato på forsikringen.

Din forsikring inneholder begrensninger som må oppfylles for at du skal ha rett på dekning under forsikringen. Når du tok ut din forsikring fikk du tilsendt forsikringsvilkår. Vennligst se dine forsikringsvilkår for gjeldende vilkår og bestemmelser.

## Trinn 2: Utfylling av skjema

### Hvordan skjemaet skal fylles ut

- Sørg for at alle deler av skjemaet er utfylt – vi trenger all denne informasjonen for å kunne vurdere kravet ditt så raskt som mulig.
- Pass på at du inkluderer all dokumentasjon som kreves fra listen nedenfor.
- Kontroller at du har signert og datert skjemaet- uten din fullmakt kan vi IKKE behandle ditt krav.

## Trinn 3: Dokumentasjon som må vedlegges

### For å behandle ditt krav må du sende inn følgende dokumentasjon sammen med skjemaet:

- Din lege må fylle ut skjemaet. Hvis din lege ikke fyller ut skjemaet kan full journal samt sykemeldingsoversikt vedlegges, i tillegg til at din lege må bekrefte at diagnosen oppfylder definisjonen i henhold til forsikringsvilkårene for Kritisk Sykdom.

**VIKTIG:** Vennligst ta deg tid til å samle alle dokumenter du trenger for kravet ditt. Ved å sende inn all dokumentasjon sammen med fullstendig utfylt skademelding vil dette hjelpe oss å vurdere ditt krav så raskt som mulig og hindre forsinkelser i behandlingsprosessen.

## Trinn 4: Hva skjer videre?

Når vi mottar fullstendig utfylt skjema og vedlagt dokumentasjon, vil vi registrere kravet og tildele det et skadenummer. Dette nummeret vil bli brukt i all korrespondanse til og fra oss.

Innsendt dokumentasjon vil deretter bli behandlet i henhold til forsikringsvilkårene, noe som vanligvis vil ta opp til 10 dager. Du vil deretter motta et brev med bekreftelse om:

- Utbetaling, dersom utbetaling kan foretas. Vi vil da opplyse om beløp og periode samt hva du trenger å gjøre videre for å kunne fortsette å motta videre utbetalinger.
- Dersom vi ikke kan foreta utbetaling vil vi forklare årsaken til dette.

Hvis du ikke sender inn nødvendig informasjon og/eller dokumentasjon slik at vi kan ta en avgjørelse vil vi skriftlig etterspørre ytterligere dokumentasjon. Dette vil medføre forsinkelser i behandlingen av ditt krav.

**NESTE SIDE VIL VISE DEG HVOR DU SKAL SENDE INN DITT KRAV**

(Denne siden beholder du selv)



## Hvor du skal sende skjema og dokumentasjon:

### Dokumentasjon kan sendes til oss på følgende måte:

Post: AXA

Fax: 23 28 20 90

Postboks 588 Skøyen

0214 Oslo

E-post: [clp.no.kundeservice@partners.axa](mailto:clp.no.kundeservice@partners.axa)

Hvis du kan, foreslår vi at du beholder en kopi av utfylt skademeldingsskjema og dokumenter som du har sendt oss.

All informasjon vi ber deg om å sende inn til oss vil gi oss mulighet til å behandle kravet ditt så raskt som mulig. Ufullstendige skademeldingsskjemaer og/eller dokumentasjon vil resultere i at kravet blir forsinket. Noen ganger vil vi behøve mer informasjon eller avklaring og i disse tilfellene vil vi kontakte deg.

**Trenger du hjelp til å fylle ut skjemaet eller har noen spørsmål,  
vennligst ta kontakt med vårt kundesenter  
på telefon 800 37 500.**

**Vi gjør oppmerksom på at du selv står ansvarlig for å betjene lånet i tidsrommet  
hvor kravet er under behandling.**

(Denne siden beholder du selv)



## Del A: Dine opplysninger - Fylles ut av deg

For- og etternavn:	<input type="text"/>	Stilling/yrke:	<input type="text"/>
Personnr.:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Postadresse:	<input type="text"/>	Lånenummer:	<input type="text"/>
Postadresse:	<input type="text"/>	Postnr. og sted:	<input type="text"/>
Lånegiver/finansinstitusjon:	<input type="text"/>		

## Del B: Lege opplysninger – Fylles ut av deg

Navn og adresse til lege(r) og sykehus som behandlet deg for sykdommen:

Navn og adresse på din vanlige lege og evt. andre leger du har oppsøkt i løpet av de siste 12 månedene:

Beskrivelse og diagnose av sykdommen:

Dato for stilt diagnose:  Første gang du oppsøkte lege for disse symptomene:

Siste dag du var i arbeid:  Mottar du noen form for pensjon eller trygd, evt. hva slags:

Arbeidsgivers navn, adresse og telefonnummer:



## Dec C: Dine opplysninger – Fylles ut av deg

Personnr:

Etternavn:  Fornavn:

## Del D: Din erklæring og fullmakt - Fylles ut av deg

Jeg krever ytelser i henhold til min forsikringsavtale grunnet sykdom. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetilfellet og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelser tilbakebetalt dersom jeg har gitt uriktige opplysninger, og at jeg også kan tape retten til ethvert krav under denne og andre forsikringer. Jeg erkjenner at jeg må fremskaffe nødvendig dokumentasjon for å godtgjøre mitt krav og samtykker i at Financial Insurance Company Limited og Financial Assurance Company Limited (AXA) kan innhente uttalelser og opplysninger fra alle arbeidsgivere, leger og helseinstitusjoner hvor jeg har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tegning av forsikringen og senere. Jeg fritar legene og helseinstitusjonene fra sin taushetsplikt til å gi fullstendige opplysninger og svar på alle spørsmål som AXA måtte finne nødvendige for å behandling av forsikringsaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Jeg samtykker i at alle opplysninger blir lagret på data og at slik informasjon kan bli overført til AXAs kontor innenfor EU og EØS. AXA er ansvarlig for oppbevaring av data i henhold til gjeldende lovgivning. I de tilfellene hvor AXA ikke er forsikringsgiver kan også informasjonen bli overført til forsikringsgiveren innenfor eller utenfor EU og EØS. Du har rett til å få tilgang på dine personopplysninger som lagret hos AXA. Dersom uriktige opplysninger fremkommer i personopplysningene og jeg ønsker å rette opp i disse kan AXA kontaktes. Jeg bekrefter å ha lest, forstått og samtykker herved på denne erklæringen. Vennligst bekreft at du har akseptert ved din signatur under.

Underskrift:  Dato:

Jeg samtykker med dette til at AXA kan bruke elektronisk kommunikasjon, herunder epost, ved mottak og sending av personlig informasjon relatert til undertegnede. Dette samtykket gjelder ikke helseopplysninger og opplysninger relatert til arbeidsforhold mellom AXA og øvrige personer og enheter nevnt i denne erklæring og fullmakten.



## Del E: Legeerklæring - Fylles ut av din primærlege

Pasientens navn:  Fødselsnummer:   
Postadresse:

### DIAGNOSE

JA NEI

**Hjerteinfarkt** – det vil si død av en av hjertets muskulatur som følge av utilstrekkelig blodforsyning godtgjort ved: en episode med typiske brystmerter, og ferske elektrokardiografiske forandringer og økning av hjerteenzymmer.

 

**Hjerneslag** – det vil si en cerebrovaskulær hendelse som fører til permanent nevrologisk skade.

 

**Kreft** – det vil si ondartet nydannelse av vev, forårsaket av vedvarende ukontrollert vekst og spredning av unormale celler som har evnen til innvekst i annet vev.

 

**Nyresvikt** – det vil si sluttstadiet i en kronisk irreversibel svikt av begge nyrens funksjon, som fører til at enten dialyse eller nyretransplantasjon blir satt i verk.

 

**Transplantasjon av stort organ** – det vil si transplatasjon av hjerte, lever, lunge, pancreas eller benmarg.

 

**Koronarsykdom behandlet med åpen hjertekirurgi** – det vil si innsnerving eller tilstopping av en eller flere koronararterier, der behandlingen har vært innsetting av by-pass- grefter gjennom åpning av brystkassen.

 

Vennligst gi detaljer om når symptomene første gang ble konstatert av lege:

Hvilken dato ble diagnosen stilt?  Er de pasientens vanlige lege: JA  NEI

Hvis det er andre kommentarer angående sykdomsbildet, vennligst angi:

Har pasienten vært i kontakt med andre leger? JA  NEI

Hvis Ja, vennligst angi navn og adresse på de(n) andre legene:

Har pasienten vært innlagt på sykehus, eventuelt angi tidsrom:

Navn på sykehuset:

Navn på sykehuslege:

Skyldes sykdommen alkohol-, eller medikamentinntak som ikke er foreskrevet av lege:

 

Skyldes sykdommen HIV-infeksjon, eller tilstander av lignende art:

 

Er kreften en form for hudkreft (unntatt invasivt malignt melanom), eller ikke-invasiv cancer in situ:

 

Skyldes sykdommen forbigående ischemisk anfall (TIA) eller anfall av vertebrovasculær ischæmi:

 

Er koronarsykdom uten hjerteinfarkt behandlet med ballong-angioplastikk eller lignende prosedyre

 

**Jeg erklærer at denne pasienten er under behandling av meg, og at ovennevnte informasjon er korrekt ut i fra mitt kjennskap til pasienten:**

Stempel, underskrift og dato:

Navn:

Kontaktinformasjon: