



Trinn 1: Viktig informasjon

Viktig informasjon

- Du må ha vært 100% arbeidsufør i minimum 30 dager.
- Skademeldingsskjemaet må sendes inn senest 365 dager etter at ulykken/sykdomsperioden inntraff.
- Forsikringen dekker ikke sykdom som begynte før startdato på forsikringen.
- Avhengig av din forsikring må du vente enten 30 eller 60 dager fra den datoen du ble sykemeldt før betaling kan skje.

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 utfyllt – 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 arbeidsgiver må fylle ut skjemaet for å bekrefte fravær fra arbeidet. Hvis din arbeidsgiver ikke fyller ut skjemaet vil vi også godta kopi av lønsslipp utstedt umiddelbart før sykemeldingsperioden du søker dekning for. Det må da fremkomme stillingsbrøk/ antall timer du har jobbet i uken.
- Din lege må fylle ut skjemaet. Hvis din lege ikke fyller ut skjemaet kan full journal samt sykemeldingsoversikt vedlegges.

VIKTIG: Vennligst ta deg tid til å samle alle dokumenter du trenger for kravet ditt. Ved å sende inn all dokumentasjon sammen med fullstendig utfyllt 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 har mottatt fullstendig utfyllt skjema og vedlagt dokumentasjon fra NAV, vil vi registrere kravet ditt og tildele det et skadenummer. Dette skadenummeret 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

Du kan også registrere kravet på Internett ved å gå til denne linken:

<http://clp.partners.axa/no/meld-skade>

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)



SYKDOM OG ULYKKE ELLER SYKEHUSOPPHOLD

AXA
Postboks 588 Skøyen
0214 Oslo

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"/>	Kort	<input type="checkbox"/>	Lån	<input type="checkbox"/>
Postnr. og sted:	<input type="text"/>	Lånegiver/ finansinstitusjon:	<input type="text"/>		

Del B: Erklæring fra arbeidsgiver - Må fylles ut av din arbeidsgiver

Arbeidstakers navn:	<input type="text"/>			
Stilling/yrke forut for sykemeldingen:	<input type="text"/>			
Siste dag på arbeid forut for sykemelding:	<input type="text"/>	Antall arbeidstimer / uke:	<input type="text"/>	
Navn på den som avgir erklæringen:	<input type="text"/>			
Stilling på den som avgir erklæringen:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>	
Underskrift:	<input type="text"/>	Dato:	<input type="text"/>	

Del C: Erklæring for selvstendig næringsdrivende - Brukes hvis du er selvstendig næringsdrivende

Navn på selskapet:	<input type="text"/>	Siste dag i arbeid:	<input type="text"/>
Organisasjonsnr:	<input type="text"/>	Når ble arbeidet gjenopptatt:	<input type="text"/>

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

Jeg krever ytelse i henhold til min forsikringsavtale grunnet sykdom, ulykke eller sykehusopphold. Jeg erklærer at jeg har gitt riktige opplysninger om skadetilfellet og erkjenner at selskapet kan kreve eventuelle ytelse 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 forsikringssaken, 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:

Hoveddiagnose:

Bidiagnose:

Hvilken behandling mottar pasienten for ovennevnte plager?:

Vennligst gi detaljer om når og på hvilken måte symptomene første gang ble konstatert av lege:

Når ble diagnosen først stilt?

Fra hvilken dato ble pasienten 100% sykemeldt?

Angi periode(r) og årsak for 100% sykemelding:

Angi periode(r) og årsak for gradert sykemelding:

Er pasienten friskmeldt? Angi dato for friskmelding eller dato for forventet friskmelding:

Er du pasientens vanlige lege? JA NEI 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 som et resultat av sykdommen/ulykken? JA NEI

Hvis innlagt på sykehus angi dato og periode for oppholdet:

Navn på sykehuset:

Navn på sykehuslege:

Er skaden eller ulykken selvforskyldt, eller skyldes den medikamentbruk som ikke er foreskrevet av lege? JA NEI

Eventuelle andre merknader:

Jeg erklærer at denne pasient er under behandling av meg og at vedkommende er 100% arbeidsufør i den perioden jeg har angitt.

Navn: Telefonnummer:

Underskrift: Dato:

Legens stempel: Adresse: