



AXA
Postboks 588 Skøyen
0214 Oslo

Legeerklæring & Fullmakt

Del A – Må fylles ut av din primærlege
Del B – Må fylles ut av deg

Del A - Informasjon om Pasient			
Etternavn:		Fødselsnummer:	
Postadresse:			
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/spesialister?	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 sykehus:			
Navn på sykehuslege:			
Er skaden eller ulykken selvforskyldt, eller skyldes den medikamentbruk som ikke er foreskrevet av lege?			
Eventuelle andre merknader:			
Jeg erklærer at denne pasienten er under behandling av meg, og at vedkommende er 100% arbeidsufør i den perioden jeg har angitt.			
Navn:		Telefonnr:	
Underskrift:		Dato:	
Adresse:	Legens Stempel:		
Legehonorar betales i hht. enhver tids gjeldende avtale mellom FNO og legeföreningen ved vedlagt giro/kontonummer.			

Del B – Erklæring og fullmakt			
Navn:		Fødselsnummer:	
<p>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 (del av AXA) kan innhente uttalelser og opplysninger fra alle leger og helseinstitusjoner hvor jeg har vært til undersøkelse og/eller behandling, både forut for tegningen 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 behandling av forsikringssaken, selv om opplysningene skulle innebære tap eller reduksjon av mine rettigheter under forsikringen. Jeg samtykker i at alle opplysningene blir lagret på data og at slik informasjon kan bli overført til AXA sitt kontor innenfor EU og EØS. AXA er ansvarlig for oppbevaring av data i henhold til gjeldende lovgivning. Dersom uriktige opplysninger fremkommer i personopplysningene og jeg ønsker å rette opp i disse kan AXA kontaktes.</p>			
Underskrift:		Dato:	