

BASISFULLMAKT (liv) (ERKLÆRING OM FRITAK FOR TAUSHETSPLIKT)

Forsikringsselskapets referanse:

Jeg, <NAVN>, <F.NR.> har meldt krav om utbetaling for <meg selv>/<NAVN>, <F.NR.>.

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(e)/skaden(e) som jeg nå søker erstatning for.
- Epikriser (rapporter) fra den/de leger som har undersøkt meg i forbindelse med sykdommen(e)/skaden(e) som jeg nå søker erstatning for.
- Erklæringer fra behandlende leger, 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(e)/skaden(e) som jeg nå søker erstatning for oppstod.
- Arbeids- og velferdsetatens (NAVs) eventuelle legeerklæringer, inkludert sykmeldinger og vedtak, samt kopi av melding dersom skaden også er en yrkesskade.
- Arbeids- og velferdsetatens (NAVs) eventuelle arbeidsevnevurderinger, aktivitetsplaner og rapporter fra tiltaksarrangører.
- Nødvendige og relevante skade- og helseopplysninger fra andre forsikringsselskaper.

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 FORSIKRINGSSLESKAPER	

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 krav om erstatning for sykdom eller uførhet kan fødselsnummer og navn på forsikringsselskapet som kravet er meldt til bli registrert i "Register over forsikringssøkere og forsikrede» (ROFF), som administreres i Finans Norge Forsikringsdrift. Ved registrering kan også forsikringsselskapet få en oversikt over alle øvrige registreringer som er meldt til registeret på samme kunde – også saker meldt til andre forsikringsselskaper. Registreringene slettes etter 10 år. Formålet med registeret er å forhindre og forebygge forsikringssvindel.¹

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 forsikrede barn som er 16 og 17 år:

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

.....
Sted Dato Underskrift

Hvem må undertegne fullmakten:

- Hvis forsikrede er myndig: Forsikrede selv
- Hvis forsikrede åpenbart ikke er i stand til å avgi fullmakt på grunn av helsemessige forhold: Vergen

¹ Følgende avsnitt er ikke relevant ved offentlig tjenesteperson

- Hvis forsikrede er under 16 år: Vergen
- Hvis forsikrede er 16-17 år: Vergen og barnet må begge undertegne.