

Orientering om helseerklæringen

Før et forsikringsselskap påtar seg ansvaret for en forsikring, må det innhente opplysninger om helsen og andre forhold som har betydning for avtalen. Selskapet kan, etter fullmakt fra deg også innhente tilleggsopplysninger fra lege eller andre. Forhold som gir en særskilt risikoøkning, kan medføre avslag på forsikringen, tilleggspremie eller gi reservasjoner for enkelte tilstander. Slike spesielle forhold vil fremgå tydelig av endelig tilbud og forsikringsbevis.

Viktig å gi korrekte opplysninger for at du skal få en gyldig avtale

Forsikring bygger på tillit og forutsetter at du gir riktige opplysninger ved tegning av avtalen. Hvis du ikke gir oss riktige og fullstendige opplysninger, risikerer du at du eller dine etterlatte blir stående uten erstatning ved et forsikringstilfelle. Den som bevisst holder tilbake opplysninger, kan også bli erklært som uønsket i selskapet, og i spesielt alvorlige tilfeller kan forholdet bli politianmeldt. Helseerklæringen er derfor en viktig del av avtalen mellom deg og selskapet, og du bør bruke god tid på å fylle ut erklæringen.

Erfaringsmessig er det en del kunder som glemmer å oppgi alle relevante forhold. Det er kun sykdommer/lidelser/forhold som er relevante for forsikringen, som selskapet vil ta hensyn til. Dersom du er i tvil om opplysningen er relevant, er det tryggere å gi informasjon enn å la være. Du kan også kontakte oss om du er i tvil. Husker du ikke nøyaktige datoer, navn, adresser eller annet, er det fint om du får frem at informasjonen kan være noe unøyaktig. Vi vil vanligvis finne tilstrekkelig informasjon hos legen eller andre, og du kan eventuelt kontakte oss dersom du kommer på mer. Du skal ikke opplyse om helseforhold som ligger mer enn 10 år tilbake i tid.

Tenk over følgende når du fyller ut erklæringen

- Jeg har besvart alle spørsmål selv
- Jeg har tatt opp både nåværende skader/sykdommer/helseplager og skader/sykdommer/helseplager som ikke lenger er et problem
- Jeg har ikke utelatt følsom informasjon (dette kan eventuelt leveres i egen, lukket konvolutt)
- Jeg kontakter selskapet dersom jeg kommer på at jeg har utelatt noe

Helseopplysninger som gis til Storebrand, blir behandlet konfidensielt. Selskapets ansatte har lovpålagt taushetsplikt. Bare de som trenger opplysningene ved risikobedømmelse og oppgjør, har tilgang til opplysningene.

NAVN OG ADRESSE

Storebrand Livsforsikring AS
Avtaleetablering
Postboks 500
1327 Lysaker

Medlem Ektefelle/samboer

FORBUND/FORENING/LANGIVER
Forsvarets Personellservice

KONTRAKT NR.
22960

MEDLEMSNUMMER

MEDLEMMETS FØDSELSNUMMER

KRYSS AV FOR TYPE FORSIKRINGSDEKNING DET SØKES OM Dødsfall Uføre

MEDFORSIKREDES (EKTEFELLE/SAMBOERS) NAVN

MEDLEMMETS NAVN

MEDFORSIKREDES FØDSELSNUMMER

ADRESSE

SØKERS E-POSTADRESSE

POSTNUMMER

POSTSTED

TLF/MOBIL ARBEID

FAKSNR. ARBEID

TLF/MOBIL PRIVAT

TLF/MOBIL ARBEID

FAKSNR. ARBEID

TLF/MOBIL PRIVAT

Kryss av for Ja eller Nei. Bruk den ekstra rubrikken sist i skjemaet eller eget ark og angi nr. på spørsmålet hvis det ikke er plass til alle opplysninger ved hvert spørsmål.

1	Høyde og vekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	HØYDE cm	VEKT kg	
2	Røyker du daglig, eller har du røkt daglig i løpet av de siste 2 år?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja Hvor mye?	PR. DAG	PR. UKE
3	Oppgi navn på fast lege eller legesenter som du vanligvis bruker eller som best kjenner din helsetilstand.		NAVN OG ADRESSE		
4	Har du noen form for sykdom eller funksjonssvikt (fysisk eller psykisk)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja OPPGI HVILKEN SYKDOM ELLER FUNKSJONSSVIKT	SITUASJONEN I DAG	
5	Har du i løpet av siste 5 år blitt undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor el. lign.? Dersom du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger, bes alle oppgitt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NÅR?	AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)	
6	Har du i løpet av siste 10 år blitt undersøkt eller behandlet ved sykehus, klinikk, kursted eller annen helseinstitusjon, eller har du vært anbefalt slik undersøkelse eller behandling? Dersom du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger, bes alle oppgitt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NÅR?	HVOR? (NAVN OG ADRESSE)	
7	Bruker du eller har du de siste 5 år brukt reseptbelagte medisiner regelmessig eller i perioder? Hvis du bruker blodtrykksmedisin eller kolesterolmedisin eller lignende, oppgi verdier ved siste kontroll.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja HVLKE MEDISINER?	HVORFOR?	
8	Har du i løpet av siste 5 år vært sykmeldt i mer enn 2 uker sammenhengende? Dersom du har hatt flere sykmeldingsperioder, bes alle oppgitt. Gi en nøyaktig beskrivelse av årsak.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NÅR?	HVOR LENGE?	
9	Er du henvist for å ta, eller har du i løpet av de siste 12 måneder tatt noen medisinske prøver (blodprøver, røntgenbilder, ultralyd eller andre undersøkelser)? Hvem henviste deg?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NAVN PÅ LEGE		
10	Har du i løpet av de siste 10 år søkt forsikring som har medført særvilkår (dvs. tilleggspremie, unntak eller avslag) på grunn av din helse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NÅR?	FORSIKRINGSSKAP	
11	Har du i løpet av siste 5 år hatt angst, depresjon, utmattethet/utbrenthet av mer enn 2 ukers varighet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja NÅR?	BESKRIV PROBLEMET	
12	Bruker du eller har du siste 5 år brukt beroligende eller stimulerende midler (f.eks. sovemidler, nervermidler, narkotika, alkohol) regelmessig eller i perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja HVLKE MIDLER	HVOR FOR	
			TIDSRUM FRA/TIL	ELLER	ANTALL DAGER
					ÅRSSTALL

Må fylles ut ved søknad om uføreforsikring.

13	Har du noen gang søkt om eller fått attføring, medisinsk rehabilitering, uførepensjon, tidsbegrenset uførestønad, arbeidsavklaringspenger, premiefritak, uførekapital eller yrkesskadeerstatning fra folketrygden, A-etat, NAV, forsikringsselskap eller pensjonskasse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja →	NÅR? UTFALLT AV SØKNADEN	HVORFOR HVOR SØKT
14	Har du for tiden redusert arbeidsevne av helsemessige årsaker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja →	HVORFOR	
15	Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt i/problemer av mer enn 2 ukers varighet med: Hvis du har hatt flere perioder med smerter eller problemer, bes alle oppgitt. Ved plager i kne, arm eller lignende, oppgi om det er høyre, venstre eller begge.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja →	NÅR?	BESKRIV PROBLEMET
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja →

Annet - fylles ut av alle.

16

Utdanning Sett kryss ved høyeste fullførte utdanning

Grunnskole Videregående skole Universitet / høyskole

Hvis universitet / høyskole, angi grad / tittel og antall studieår.

ANNET / KOMMENTAR

- 17 Det er av avgjørende betydning for gyldigheten av forsikringen, at selskapets risikovurdering bygger på korrekte og fullstendige opplysninger. Er det andre forhold som er av betydning for selskapets vurdering av risikoen eller har du tilleggsopplysninger?

OPPLYSNINGER

Erklæring og fullmakt. Les alle punktene grundig og spør dersom dersom det er noe du finner uklart.

Generelt:

Helseopplysninger – opplysningsplikt m.v.

- Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått den informasjonen som er gitt sammen med helseerklæringen – "Orientering om helseerklæringen".
- Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig og fullstendig som mulig, og jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger etter reglene i Forsikringsavtaleloven kan føre til at forsikringen blir ugyldig og at forsikringen ikke blir utbetalt. Dessuten kan forsikringsselskapet si opp denne og mine andre forsikringsavtaler og det kan bli iverksatt straffeforfølgning overfor meg.
- Jeg bekrefter at jeg ikke har fått utført blodtest som viser at jeg er hiv-positiv.
- Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer innen tre måneder etter at forsikringsøknaden er underskrevet, ikke gir rett til erstatning for Kritisk sykdom, Uførekapital og Uførepensjon.

Fullmakter

- Jeg samtykker i at selskapet for vurdering av søknaden og fastsettelse av korrekte priser og vilkår bruker de relevante helseopplysninger jeg avgir.
- Jeg samtykker i at selskapet kan innhente utfyllende opplysninger til spørsmål og svar i helseerklæringen som Storebrand anser som nødvendig/relevant hos de leger, behandlere, institusjoner og forsikringsselskaper som er oppført i helseerklæringen, samt fra mitt trygdekontor (NAV) og Norske Livsforsikringsselskapers Registreringskontor (ROFF*). Jeg samtykker i at kopi av denne fullmakt danner grunnlaget for at de nevnte leger, behandlere, institusjoner, forsikringsselskaper og trygdekontor (NAV) kan levere til Storebrand de eventuelle taushetsbelagte opplysninger de har om meg, for at selskapene skal få nødvendige, utfyllende og relevante opplysninger om min helse til forannevnte formål. Jeg samtykker i at personopplysninger, herunder helseopplysninger kan innhentes fra meg ved telefonintervju, og aksepterer at samtalen lagres i selskapets arkiv.
- Jeg samtykker i at dersom selskapet finner å ville forelegge saken for Nemnda for helsevurdering, vil et kort anonymt resymè av min sykehistorie bli registrert i Nemnda med det formål å lage en erfaringsbase. Nemnda for helsevurdering er Finansnæringens Hovedorganisasjons fellesorgan for helsevurdering og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra alle medlemsselskapene.
- Jeg samtykker i at mine helseopplysninger sendes til reassurandør i utlandet dersom Storebrand gjenforsikrer hele eller deler av avtalen.
- Jeg samtykker i at resultatet av min helsevurdering kan bli gjort kjent for forsikringstaker.

Informasjon etter pålegg i personopplysningsloven/av Datatilsynet.

Jeg er kjent med og aksepterer at

- dersom helseopplysningene medfører premietillegg, reservasjon, eller avslag vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskap som foretar registreringen, registreringsdato og særriisiko bli registrert i (ROFF*). Likeså er jeg kjent med at søknad om syke-/uføre-erstatning vil bli registrert i dette registeret,

*)ROFF er et register som benyttes av forsikringsselskap tilknyttet Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. De registreringen som er foretatt, vil bli slettet etter 10 år. Den registrerte har full innsynsrett i registeret etter personopplysningsloven, og kan få tilgang til de registrerte opplysninger ved å henvende seg til Storebrand eller FNH. ROFF benyttes bare av Storebrand Livsforsikring AS.

Helsebedømmelse pr. telefon

Dersom vi er i tvil om helseforhold har betydning for forsikringen, vil vi ofte be om ytterligere opplysninger enten fra deg eller din lege/behandler. I noen tilfeller vil det være enklest at en av våre helsebedømmere ringer til deg. Da er det fint om du har gitt oss ditt telefonnummer og ønsket tidspunkt for oppringing. Samtalen blir tatt opp på bånd for å sikre at det ikke blir noen misforståelser

Telefonnummer:

Ønsket tidspunkt for oppringingen

Nei, jeg ønsker ikke å bli oppringt av Storebrands helsebedømmer

Underskrift:

Jeg har kontrollert at alle opplysninger er fullstendige og korrekte og aksepterer ovenstående.

STED	DATO	UNDERSKRIFT (ER)
------	------	------------------