

RETURADRESSE:

 Storebrand Livsforsikring AS, **VOK**
 Helsevurdering
 Postboks 500, 1327 Lysaker

 Storebrand Helseforsikring AS, **KTA**
 Postboks 464
 1327 Lysaker

KRYSS AV FOR TYPE FORSIKRINGSDEKNING DET SØKES OM

 Dødsfall/kritisk
 sykdom/uføre

Kompanjong

Nøkkelperson

Behandlingsavtale

Annet

Forsikrede

FOR OG ETTERNAVN

F.NR.

ADRESSE

POSTNR. / -STED

E-POST ADRESSE

TELEFONNUMMER DAGTID / KVELDSTID (MOBIL)

STATSBORGERSKAP

HAR VÆRT BOSATT I NORGE I DE SISTE 5 ÅR

Ja

Nei

STILLING / YRKE

FORSIKRINGSTAKER (BEDRIFT)

Orientering om helseerklæring ved bestilling av personforsikring

Før et forsikringselskap 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 risikøkning, kan medføre avslag på forsikringen, tilleggspremie eller gi reservasjoner for enkelte tilstander. Slike spesielle forhold vil fremgå tydelig av endelig tilbud og forsikringsbevis.

Det er 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 bestilling av forsikringen. Hvis du ikke gir oss riktige og fullstendige opplysninger, har selskapet anledning til å avslå/avkorte 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 dersom 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 leger 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.

FORSIKRINGSSØKNAD

DEL II - HELSEOPPLYSNINGER

ETTERNAVN OF FORNAVN

F.NR.

Helseopplysninger

1. HØYDE OG VEKT	Cm	KG			
2. RØYKER DU DAGLIG, ELLER HAR DU RØKT DAGLIG I LØPET AV DE SISTE 2 ÅR?	Ja	Nei	HVIS JA, SPESIFISER NÆRMERE	PR. DAG	PR. UKE
					HVIS DU HAR SLUTTET, NÅR?
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)?	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI HVILKEN SYKDOM ELLER FUNKSJONSSVIKT		
			SITUASJONEN IDAG		
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.	Ja	Nei	HVIS JA, NÅR?		
			AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)		
			HVORFOR?/DIAGNOSE		
			RESULTAT		
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.	Ja	Nei	HVIS JA, NÅR?		
			AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)		
			HVORFOR?/DIAGNOSE		
			RESULTAT		
7. BRUKER DU ELLER HAR DU DE SISTE 5 ÅR BRUKT RESEPTBELAGTE MEDISINER REGELMESSIG ELLER I PERIODER?	Ja	Nei	HVIS JA, HVILKE MEDISINER OG EVENTUELLE VERDIER?		
HVIS DU BRUKER BLODTRYKKS MEDISIN ELLER KOLESTEROLMEDISIN ELLER LIGNENDE, OPPGI VERDIER VED SISTE KONTROLL.			HVORFOR?		
8. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR VÆRT SYKMELDT I MER ENN 2 UKER SAMMENHENGENDE? DERSOM DU HAR HATT FLERE SYKMELDINGS PERIODER, BES ALLE OPPGITT. GI EN NØYAKTIG BESKRIVELSE AV ÅRSÅK.	Ja	Nei	HVIS JA, HVORFOR?		
			NÅR?		
			HVORFOR?		
9. HAR DU PLANLAGT ELLER ER DU ANBEFALT NOEN FORM FOR UNDERSØKELSER, BEHANDLING ELLER OPERASJON?	Ja	Nei	HVIS JA, HVA ER PLANLAGT?		
			ÅRSÅK?		
10. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDER TATT NOEN MEDISINSKE PRØVER (BLOD-PRØVER, RØNTGENBILDER, ULTRALYD ELLER ANDRE UNDERSØKELSER)?	Ja	Nei	HVIS JA, HVORFOR?		
			NAVN PÅ LEGE?		
			RESULTAT		

FORSIKRINGSSØKNAD

DEL II - HELSEOPPLYSNINGER

ETTERNAVN OF FORNAVN

F.NR.

Helseopplysninger fortsetter

11. HAR DU I LØPET AV SISTE 10 ÅR SØKT FOR-
SIKRING SOM HAR MEDFØRT SÆRVILKÅR
(DVS. TILLEGGSPREMIE, UNNTAK ELLER
AVSLAG) PGA DIN HELSE?

Ja

Nei HVIS JA, NÅR?

FORSIKRINGSSKAP

ÅRSAKEN TIL
SÆRVILKÅRET

12. HAR DU I LØPET SISTE 5 ÅR HATT ELLER
FÅTT BEHANDLING/RÅDGIVNING FOR;
UTBRENTHET, ANGST, DEPRESJON ELLER
ANDRE PSYKISKE PLAGER?

Ja

Nei HVIS JA, NÅR?

BESKRIV PROBLEMET

VARIGHET

13. BRUKER DU ELLER HAR DU DE SISTE
5 ÅR BRUKT BEROLIGENDE ELLER
STIMULERENDE MIDLER (F.EKS
SOVEMIDLER, NERVEMIDLER, NARKOTIKA,
ALKOHOL) REGELMESSIG ELLER
I PERIODER?

Ja

Nei HVIS JA, HVILKE
MIDLER?

HVORFOR?

TIDSROM FRA/TIL

ANTALL DAGER/
ÅRSTALL

14. SKAL DU OPPHOLDE DEG I KRIGSFARLIGE
STRØK I DE KOMMENDE 24 MÅNEDER?
HVIS JA – GI EN BESKRIVELSE.

Ja

Nei HVIS JA, NÅR?

HVOR?

Må fylles ut ved søknad om uføreforsikring/ helseforsikring

15. HAR DU NOEN GANG SØKT OM ELLER
FÅTT ATTØRING, MEDISINSK REHABILIT-
ERING, UFØREPENSIJON, TIDSBEGRENSET
UFØRESTØNAD, ARBEIDSAVKLARINGS-
PENGER, PREMIEFRITAK, UFØREKAPITAL
ELLER YRKESKADDEERSTÅTNING FRA
FOLKETRYGDEN, A-ETAT, NAV, FOR-
SIKRINGSSKAP ELLER PENSIJONSKASSE?

Ja

Nei HVIS JA, NÅR?

HVORFOR?

UTFALLET AV
SØKNADEN

HVOR SØKT

16. HAR DU FOR TIDEN REDUSERT
ARBEIDSEVNE AV HELSEMESSIGE ÅRSAKER?

Ja

Nei HVIS JA, HVORFOR?

17. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR HATT
VONDT I/PROBLEMER AV MER ENN 2 UKERS
VARIGHET MED RYGG NAKKE SKULDER

Ja

Nei 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.

HVIS JA, NÅR?

BESKRIV PROBLEMET

FORSIKRINGSSØKNAD

DEL II - HELSEOPPLYSNINGER

ETTERNAVN OF FORNAVN

F.NR.

Helseopplysninger fortsetter

18. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR HATT VONDT I/PROBLEMER AV MER ENN 2 UKERS VARIGHET MED MUSKLER, SENER OG LEDD
- Ja Nei
- 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.
- HVIS JA, NÅR?
- BESKRIV PROBLEMET

Fylles bare ut ved søknad om forsikringen "Kritisk Sykdom"

19. HAR DU ELLER HAR DU HATT NOEN AV SYKDOMMENE SOM ER OMFATTET AV FORSIKRINGEN "KRITISK SYKDOM", F.EKS. KREFT, HJERTE/KARSYKDOM ELLER HJERNESVULST?
- Ja Nei
- HVIS JA, GI NÆRMERE OPPLYSNINGER
20. HAR DINE FORELDRE ELLER SØSKEN LIDD AV:
- MULTIPPEL SKLEROSE? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?
- HJERTE- OG KARSYKDOMMER FØR 65 ÅR? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?
- HJERNESLAG FØR 65 ÅR? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?
- NYRESYKDOM FØR 65 ÅR? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?
- DIABETES (SUKKERSYKE) FØR 65 ÅR? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?
- KREFT FØR 65 ÅR? Ja Nei HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN?

Annet - fylles ut av alle

21. 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

FORSIKRINGSSØKNAD

DEL II - HELSEOPPLYSNINGER

ETTERNAVN OF FORNAVN

F.NR.

Erklæring og fullmakter

Generelt:

1. Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått den informasjonen som er gitt sammen med helseerklæringen – "Orientering om helseerklæringen".
2. 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 forsikrings-selskapet si opp denne og mine andre forsikringsavtaler og det kan bli iverksatt straffeforfølgning overfor meg.
3. Jeg bekrefter at jeg ikke har fått utført blodtest som viser at jeg er hiv-positiv.
4. Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer etter at forsikringssøknaden er underskrevet, men før ikrafttredelse, ikke omfattes av forsikringen i Storebrand Helse.
5. Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer innen tre måneder etter at forsikringssøknaden er underskrevet, ikke gir rett til erstatning for Kritisk sykdom, Uførekapital og Uførepensjon.
8. Jeg samtykker i at personopplysninger, herunder helseopplysninger kan innhentes fra meg ved telefonintervju, og aksepterer at samtalen lagres i selskapets arkiv.
9. Jeg samtykker i at helseopplysninger fremkommet i denne egen-erklæring kan brukes i Storebrand Livsforsikring AS ved søknad om forsikring samt arkiveres i selskapet.
10. 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 Finans Norges felle-sorgan for helsevurdering og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra alle medlemselskapene.
11. Jeg samtykker i at mine helseopplysninger sendes til reas-surandør i utlandet dersom Storebrand gjenforsikrer hele eller deler av avtalen.
12. Jeg samtykker i at resultatet av min helsevurdering kan bli gjort kjent for forsikringstaker.
13. Dersom helseopplysningene medfører premietillegg, reservasjon, eller avslag vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikrings-selskap som foretar registreringen, registreringsdato og særрисiko bli registrert i ROFF*). Likeså er jeg kjent med at søknad om erstat-ning ved kritisk sykdom vil bli registrert i dette registeret.

Fullmakter

6. Jeg samtykker i at selskapet for vurdering av søknaden og fast-settelse av korrekte priser og vilkår bruker de relevante helse-opplysninger jeg avgir.
7. Jeg samtykker i at informasjon om f.eks sykdommer, helseplager og skader kun kan innhentes hos de leger, behandlere og insti-tusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet, samt fra NAV og andre forsikringsselskap. Ønsker selskapet informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt.

***)ROFF er et register som benyttes av forsikringsselskap tilknyttet Finans Norge (FNO) for å sikre at helsebedøm-melsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. De registreringer 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 FNO.**

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 fra 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 oppringning. Samtalen blir tatt opp og lagret i vårt arkiv for å sikre at det ikke blir noen misforståelser.

TELEFONNUMMER

Ønsket tidspunkt for oppringning:
Ønsker å bli kontaktet mellom kl. 08 og 12

Ønsker å bli kontaktet mellom kl. 12 og 16

Nei, jeg ønsker ikke å bli oppringt av Storebrands helsebedømmer

Underskrift Forsikrede

JEG HAR KONTROLLERT AT ALLE OPPLYSNINGENE ER FULLSTENDIGE OG KORREKTE OG AKSEPTERER OVENSTÅENDE.

STED / DATO

UNDERSKRIFT

NAVN MED BLOKKBOKSTAVER

LEGEERKLÆRINGSBLANKETTEN
ER UTLÈVERT

Ja

Nei