

RETURADRESSE:
 Storebrand Livsforsikring AS
 Helsevurdering
 Postboks 500, 1327 Lysaker

CRM

Forsikrede

MEDEMSFORENING

MEDEMSNUMMER

Befalets Fellesorganisasjon - avtale 24771

FORSIKREDES/MEDLEMMETS FULLSTENDIGE NAVN

STILLING/YRKE

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

FORSIKREDES EKTEFELLE/SAMBOERS FULLSTENDIGE NAVN

STILLING/YRKE

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

ADRESSE

POSTNR./STED

E-POST ADRESSE

TELEFONNUMMER DAGTID / KVELDSTID (MOBIL)

STATSBORGERSKAP

KRYSS AV FOR TYPE FORSIKRINGSDEKNING DET SØKES OM - GJELDER KUN NY DEKNING

MEMBER

EKTEFELLE/PARTNER/SAMBOER

BFO-pakken

Ektefelleforsikring

Dekning

Forsikringssummen regnes i forhold til folketrygdens grunnbeløp (G). Grunnbeløpet (G) fastsettes av Stortinget.

Forsikringssummen reguleres årlig ut fra G.

Se bfo.no/forsikring for detaljer.

For opptak i de valgte forsikringsordningene forutsettes det at det er avgitt helseerklæring og at helsevurderingen er godkjent.

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDELSNUMMER (11 SIFFER)

Helseopplysninger

1. HØYDE OG VEKT

CM

KG

 MIDJEMÅL
 I CM (VALGFRITT)

 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 FASTLEGE ELLER LEGESENTER SOM DU VANLIGVIS BRUKER ELLER
 ELLER SOM BEST KJENNER DIN HELSETILSTAND

NAVN OG ADRESSE

 4. HAR DU NOEN FYSISK ELLER
 PSYKISK SYKDOM ELLER
 SYMPTOMER, SKADE, MEDFØDT
 LIDELSE ELLER FUNKSJONSSVIKT?

JA

NEI

HVIS JA, HVILKE?

SITUASJONEN IDAG

 5. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE
 HATT: HJERTE-/KARSYKDOM?
 (F.EKS ANGINA PECTORIS, HJERTE-
 INFARKT, MEDFØDT HJERTEFEIL,
 HJERTESVIKT, KLAFFEFEIL, RYTME-
 FORSTYRRELSER, BLODPROPP,
 HØYT BLODTRYKK, HØYT KOLE-
 STEROL ELLER DIABETES)

JA

NEI

 HVIS JA,
 OPPGI HVILKE
 SYKDOMMER?

NÅR?

 HVILKEN
 BEHANDLING FÅR
 DU/HAR DU FÅTT?

 6. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE
 HATT: SYKDOMMER I NERVE-
 SYSTEMET OG /ELLER HJERNEN
 (F.EKS MIGRENE, GJENTATT
 HODEPINE, EPILEPSI, BESVIMELSE,
 LAMMELSER, SVIMMELHET,
 MULTIPPEL SKLEROSE, PARKIN-
 SONS, TIA (DRYPP), HJERNESLAG/
 HJERNEBLØDNING)

JA

NEI

 HVIS JA,
 OPPGI HVILKE
 SYKDOMMER?

NÅR?

 HVILKEN
 BEHANDLING FÅR
 DU/HAR DU FÅTT?

 DERSOM EPILEPSI
 ELLER MIGRENE OPPGI
 ANFALLSHYPPIGHET?

 7. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE
 HATT: LUNGESYKDOMMER (F.EKS
 ASTMA, BRONKITT, KOLS,
 EMFYSEM)?

JA

NEI

 HVIS JA,
 OPPGI HVILKE
 SYKDOMMER?

NÅR?

 HVILKEN
 BEHANDLING FÅR
 DU/HAR DU FÅTT?

 8. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE
 HATT SYKDOMMER I NYRER ELLER
 URINVEIER (F.EKS BLOD ELLER
 EGGEHVITE I URIN, VANNLATINGS-
 PROBLEMER)?

JA

NEI

 HVIS JA,
 OPPGI HVILKE
 SYKDOMMER?

NÅR?

 HVILKEN
 BEHANDLING FÅR
 DU/HAR DU FÅTT?

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

Helseopplysninger fortsetter

<p>9. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT SYKDOMMER I LEVER, GALLEBLÆRE, BUKSPYTTKJERTEL (F.EKS HEPATITT, FORSTØRRET LEVER, UNORMALE LEVERPRØVER, BETENNELSE I BUKSPYTTKJERTEL, GALLESTEN, BETENNELSE I GALLEBLÆREN)?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>10. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT SYKDOMMER I FORDØYELSESORGANENE (F.EKS BETENNELSE I SPISERØR, REFLUKS, GASTRITT, MAGESÅR, ULCERØS KOLITT, CROHNS SYKDOM)?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>11. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT: KREFT, CELLE-FORANDRINGER ELLER GODARTEDE SVULSTER, SJEKKET ELLER FJERNET FØFLEKKER?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?</p> <p>RESULTAT OG EVT. OPPFØLGING</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>12. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT HUDSYKDOMMER (F.EKS PSORIASIS, EKSEM)?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING HAR DU FÅTT?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>13. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT REVMATISKE SYKDOMMER (F.EKS LEDDGIKT, BEKHTEREVS, URINSYREGIKT)?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>14. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT ØYESYKDOMMER (F.EKS STERKT NEDSATT SYN, NETTHINNEAVLØSNING, REGNBUEHINNEBETENNELSE, GRÅ ELLER GRØNN STÆR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI</p>	<p>HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?</p> <p>NÅR?</p> <p>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDELSNUMMER (11 SIFFER)

Helseopplysninger fortsetter

15. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT ØRE, NESE ELLER HALS-SYKDOMMER (F.EKS NEDSATT HØRSEL, ØRESUS/TINNITUS)?

 JA NEI

HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?
NÅR?

HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?

16. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR BLITT UNDERSØKT ELLER BEHANDLET AV LEGE ELLER PSYKOLOG?

 JA NEI

HVIS JA, NÅR?

AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)

HVORFOR/DIAGNOSE?

17. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR BLITT UNDERSØKT ELLER BEHANDLET AV FYSIOTERAPEUT, KIROPRAKTOR, NAPRAPAT, MANUELLTERAPEUT, MUSKELTERAPEUT ELLER LIKNENDE? DERSOM DU HAR HATT FLERE UNDERSØKELSER ELLER BEHANDLINGER, BES ALLE OPPGITT.

 JA NEI

HVIS JA, NÅR?

AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)

HVORFOR/DIAGNOSE?

RESULTAT?

18. HAR DU I LØPET AV SISTE 10 ÅR BLITT UNDERSØKT ELLER BEHANDLET/KONTROLLERT VED SYKEHUS, KLINIKK ELLER ANNEN HELSEINSTITUSJON, ELLER HAR DU VÆRT ANBEFALT SLIK UNDERSØKELSE, BEHANDLING ELLER OPERASJON? DERSOM DU HAR HATT FLERE UNDERSØKELSER ELLER BEHANDLINGER, BES ALLE OPPGITT.

 JA NEI

HVIS JA, NÅR?

AV HVEM? (NAVN OG ADRESSE)

HVORFOR/DIAGNOSE?

RESULTAT?

ER BEHANDLING/ KONTROLL FORTSATT AKTUELT? JA/NEI)

19. BRUKER DU ELLER HAR DU DE SISTE 5 ÅR BRUKT RESEPTBELAGTE MEDISINER/PREPARATER REGELMESSIG ELLER I PERIODER? HVIS DU BRUKER BLODTRYKSMEDISIN, KOLESTEROLMEDISIN ELLER LIGNENDE, OPPGI VERDIER VED SISTE KONTROLL.

 JA NEI

HVIS JA, HVILKE MEDISINER OG EVENTUELLE VERDIER?
HVILKEN PERIODE?

HVORFOR?

BRUKER DU FORTSATT MEDISINENE? (JA/NEI)

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

Helseopplysninger fortsetter

20. 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, ÅRSAK TIL SYKEMELDING? NÅR? HVOR LENGE? ER DU SYKMELDT NÅ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. HAR DU PLANLAGT ELLER ER DU ANBEFALT NOEN FORM FOR UNDERSØKELSER, BEHANDLING ELLER OPERASJON?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, HVA ER PLANLAGT OG EVT. NÅR? HVOR? ÅRSAK?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDER TATT, ELLER ER DU BLITT HENVIST FOR Å TA MEDISINSKE PRØVER ELLER UNDERSØKELSER. F.EKS BLOD-PRØVER, RØNTGEN, CT, MR, ULTRALYD ELLER SPESIALIST-UNDERSØKELSE?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, AV HVILKEN ÅRSAK? HVA SLAGS PRØVER/UNDERSØKELSER? HVA BLE RESULTAT/DIAGNOSEN? HVOR? ER DU FERDIG UTREDET? (JA/NEI)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR HATT ELLER FÅTT BEHANDLING/RÅDGIVNING FOR: UTBRENTHET/UTMATTELSE, ANGST, DEPRESJON, SPISEFORSTYRRELSER, KONSENTRASJONSVANSKER ELLER ANDRE PSYKISKE PLAGER?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, NÅR? BESKRIV PROBLEMET? VARIGHET?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. DRIKKER DU ALKOHOL? (ØL, VIN, BRENNEVIN)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	OPPGI ANTALL ENHETER PR. UKE (EN ENHET ER FOR EKSEMPEL ETT GLASS VIN, ELLER EN FLASKE ØL ELLER 4 CL SPRIT)	<input type="text"/>
25. HAR DU BLITT BEHANDLET/ANBEFALT BEHANDLING FOR ALKOHOLMISBRUK?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, NÅR OG HVOR BLE DU BEHANDLET/ANBEFALT BEHANDLING?	<input type="text"/>
26. BRUKER DU ELLER HAR DU I LØPET AV DE SISTE 10 ÅR BRUKT NARKOTISKE STOFFER OG/ELLER PRESTASJONSFREMMENDE MIDLER (DOPINGMIDLER, ANABOLE STEROIDER)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, HVILKE STOFFER/MIDLER BRUKER/BRUKTE DU? NÅR?	<input type="text"/> <input type="text"/>
27. SKAL DU OPPHOLDE DEG I KRIGSFARLIGE STRØK I DE KOMMENDE 24 MÅNEDER? HVIS JA - GI EN BESKRIVELSE.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	HVIS JA, NÅR? HVOR?	<input type="text"/> <input type="text"/>

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

Må fylles ut ved søknad om uføreforsikring/sykeavbruddsforsikring/helseforsikring

28. HAR DU DE SISTE 10 ÅR SØKT OM ELLER FÅTT UFØREPENSIJON, ARBEIDSAVKLARINGSPENGER ELLER ANDRE UFØREYTELSER FRA NAV?

 JA NEI

HVIS JA, NÅR?

HVORFOR?

UTFALLET AV SØKNADEN

29. HAR DU FOR TIDEN REDUSERT ARBEIDSEVNE AV HELSEMESSIGE ÅRSAKER? MED DETTE MENER VI AT DU ER: SYKEMELDT, DELVIS SYKEMELDT, PÅ ARBEIDSAVKLARINGSPENGER, MIDLERTIDIG UFØR, UFØRETRYGDET, EVT. ANDRE GRUNNER.

 JA NEI

HVIS JA, HVORFOR?

30. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR I EN PERIODE PÅ MER ENN 2 UKER SAMMENHENGENDE HATT VONDT I/PROBLEMER MED MUSKLER, SKJELETT, SENER, LEDD ELLER HATT ANDRE DIFFUSE SMERTETILSTANDER?

 JA NEI

HVIS JA, KRYSS AV OG BESKRIV NEDENFOR:

 RYGG

 NAKKE

 SKULDER

 KNE

 BEN

 HOFTE

 BEKKEN

 DIFFUSE SMERTETILSTANDER

 ARM

 ØVRIGE PLAGER I LEDD, MUSKLER, SENER

NÅR OPPSTO PLAGENE?

NÅR HADDE DU PLAGENE SIST?

HVILKEN BEHANDLING HAR DU FÅTT FOR PLAGENE?

BESKRIV PROBLEMET, VED PLAGER I KNE, ARM ELLER LIGNENDE, OPPGI OM DET ER HØYRE, VENSTRE ELLER BEGGE

31. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR VÆRT UTMATTET ELLER HATT UNORMAL TRETTET I MER ENN 2 UKER? (Med utmattelse og unormal tretthet mener vi uforklarlig slitenhet/energimangel som ikke skyldes stor aktivitet, og som ikke bedres ved hvile eller unormal tretthet som ikke skyldes mangel på søvn.)

 JA NEI

HVIS JA, NÅR OG VARIGHET?

PLAGER NÅ?

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDELSNUMMER (11 SIFFER)

Fylles bare ut ved søknad om forsikringen "Kritisk Sykdom"

32. HAR DU ELLER HAR DU HATT NOEN AV SYKDOMMENE SOM ER OMFATTET AV FORSIKRINGEN "KRITISK SYKDOM". KRITISK SYKDOM OMFATTER FØLGENDE SYKDOMMER: HJERTEINFARKT, HJERNESLAG, KREFT, HJERNESVULST, MS, ALS (MOTORNEVRONSYKDOM), LAMMELSER, NYRESVIKT, BLINDHET, DØVHET, TAP AV TALEEVNE, STORE BRANNSKADER, TAP AV BEN OG ARMER, ORGAN-TRANSPLANTASJON, GJENNOMFØRT HJERTEOPERASJON OG PARKINSONS SYKDOM (PARKINSONS GJELDER KUN FORENINGER)

 JA

 NEI

HVIS JA, GI NÆRMERE OPPLYSNINGER

33. 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 ved alle

34. 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

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

Erklæring og fullmakter

Generelt:

- Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått den informasjon 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 3 mndr. etter at forsikringsøknaden er underskrevet, ikke gir rett til erstatning for Kritisk sykdom, Uførekapital og Uførerente.

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 informasjon om f.eks sykdommer, helseplager og skader kun kan innhentes hos de leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet, samt fra NAV og andre forsikrings-selskap. Ønsker selskapet informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt.

- 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 Nemda for helsevurdering, vil et kort anonymt resymé av min sykehistorie bli registrert i Nemda med det formål å lage en erfaringsbase. Nemda 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.
- Jeg samtykker i at helseopplysninger fremkommet i denne egen-erklæringen kan brukes både i Storebrand Helseforsikring AS og Storebrand Livsforsikring AS og utveksles mellom disse, samt arkiveres i begge selskaper.
- Jeg samtykker i at Storebrand Helseforsikring AS kan registrere og videreformidle helseopplysninger til de aktuelle behandlingssteder, dersom jeg får behov for behandling.
- Dersom helseopplysningene medfører premietillegg, reservasjon, eller avslag vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskap som foretar registreringen, registreringsdato og særрисiko bli registrert i ROFF*). Likeså er jeg kjent med at søknad om syke/uføreerstatning 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 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 FNH.

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 KONROLLERT AT ALLE OPPLYSNINGENE ER FULLSTENDIGE OG KORREKTE OG AKSEPTERER OVENSTÅENDE.

STED/DATO

UNDERSKRIFT

NAVN MED BLOKKBOKSTAVER

For rådgivere

NAVN

DISTRIKT*

TEGNINGSANSVARLIG

*Distriktsnummer må fylles ut.

Orientering om helseerklæringen

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.

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 forsikrings-tilfelle. Den som bevisst holder tilbake opplysninger, kan også bli erklært som uønsket i selskapet, og i spesielt alvorlige tilfeller kan forholdet bli politi-anmeldt. 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 informasjonen 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 unøyaktig. Vi vil vanligvis finne tilstrekkelig informasjon hos legen eller andre, og du kan eventuelt kontakte oss om 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 opplysninger ved risikobedømmelse og oppgjør, har tilgang til opplysningene