

Erklæringen må fylles ut av forsikrede selv. Alle spørsmålene må besvares.
Hvis du svarer Ja på noen av spørsmålene, må du gi mer utfyllende beskrivelse

KTA

ETTERNAVN		FØDSELSNUMMER		
FOR- OG MELLOMNAVN		TELEFON NR. PRIVAT	TELEFON NR. JOBB	FAKS NUMMER
ADRESSE		MOBILTELEFONNUMMER		
POSTNR.	POSTSTED	E-POSTADRESSE		
FIRMANAVN		ORGANISASJONSNUMMER		

Røyker du daglig? Ja Nei

Hvis du har sluttet å røyke, når sluttet du? MND ÅR

		Ja	Nei	Hvis JA
1	Har du noen sykdom, plager eller funksjonssvikt (fysisk/psykisk) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis du svarer Ja på ett eller flere spørsmål, vennligst bruk feltet nedenfor til utfyllende opplysninger. (Vennligst oppgi hvilket spørsmål det gjelder).
2	Har du blitt undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, sykepleier eller annet medisinsk personell i løpet av siste 5 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Har du blitt undersøkt, tatt prøver av og/eller behandlet på sykehus, klinikk, kursted eller annen helseinstitusjon i løpet av de siste 10 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Er det planlagt eller er det anbefalt noen form for undersøkelse, behandling eller operasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Bruker du eller har du de siste 5 år brukt medisiner regelmessig eller i perioder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Har du andre opplysninger om din helsetilstand som ikke fremkommer i de øvrige spørsmålene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Utfyllende opplysninger till helsespørsmålene.

Hvilken sykdom/ plage gjelder det?

Når fikk du sykdommen / plagen? Hvordan har utviklingen vært, og når hadde du plager sist?

Hvilke undersøkelser er utført og hva ble resultatet av disse? (mnd / år / sted for undersøkelsen)

Hvilke behandlinger er utført og hva ble resultatet av disse? (mnd / år / behandlingssted)

Har du vært sykmeldt for dette? Oppgi tidspunkt og lengde.

Bruker du / har du brukt medisiner, eventuelt hvilke og når?

Høyde og vekt	HØYDE	VEKT
	_____ cm	_____ kg

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?

Ja

Nei

Hvis ja

ANGI NÅR, FORSIKRINGSSKAP OG ÅRSÅK TIL SÆRVILKÅR

Hvilken lege eller leger senter bruker du? (Oppgi legens navn og adresse.)

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

Generelt

Jeg er kjent med og aksepterer at

- opplysningene som er gitt danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Storebrand Helseforsikring AS og er innforstått med at helsevurderingen kan føre til premietillegg, reservasjoner eller avslag for hele eller deler av søknaden,
 - uten særskilt samtykke kan forsikringen bare avtales med norske statsborgere eller personer som har vært bosatt i Norge i de siste 5 år og at forsikrede må ha fast adresse i Norge og være medlem av Folketrygden,
 - selskapets representant ikke har fullmakt til å ta bindende vurderinger for selskapet og at jeg selv er ansvarlig for alle opplysningene, herunder helseopplysningene, er korrekte og fullstendige, selv om selskapets representant har fylt ut blanketten,
 - jeg må innhente selskapets forhåndsgodkjenning ved sykehusinngåelse og dagkirurgi,
 - forsikringen ikke dekker enhver behandling, men at det er visse begrensninger som spesielt er nevnt i avtaledokumentene,
 - fullstendige forsikringsvilkår vil bli sendt sammen med forsikringsbeviset, men kan fås ved henvendelse til selskapet,
 - norsk rett gjelder for forsikringsavtalen, at tvister avgjøres ved norsk domstol og at all korrespondanse foregår på norsk.
 - jeg har rett til å kreve nemndbehandling ved eventuelle tvister, jf. Forsikringsavtalelovens § 20-1,
 - selskapet er underlagt tilsyn av Kredittilsynet
 - når forsikringen tegnes ved fjernsalg eller utenfor selgers faste utsalgssted og i nærvær av selger, har jeg rett til å angre denne avtalen etter reglene i lov om angrerett. Fristen er 14 dager. Ved avtaleinngåelse foretatt på selgers faste utsalgssted, har jeg ikke angrerett. Jeg ønsker at avtalen settes i kraft så snart som mulig og ønsker å ha en midlertidig forsikringsavtale. Jeg er kjent med at intet forsikringsansvar vil inntre før første premie er betalt.
- Videre er jeg kjent med at dersom jeg bruker angreretten vil selskapet kunne beholde premie for påløpt forsikringsrisiko,

Midlertidig forsikringsavtale:

Jeg er kjent med og aksepterer at

- inntil forsikringen er ferdigbehandlet og endelig forsikringsavtale trer ikraft, gjelder en midlertidig forsikringsavtale som dekker behandlingsbehov som oppstår etter at forsikringen er betalt og den midlertidige dekningen er trådt i kraft, under forutsetning av at sykdommen eller skaden ikke har sammenheng med den forsikredes helsetilstand på dette tidspunkt. Ulykkeskade som krever øyeblikkelig hjelp er ikke dekket.
- den midlertidige dekningen opphører når forsikringsøknaden er ferdigbehandlet, eller dersom forsikringstaker/forsikrede ikke fremskaffer de opplysninger som er nødvendig for å vurdere forsikredes helsetilstand. Dersom risikovurderingen av forsikringsøknaden fører til avslag, svarer selskapet ikke for følgene av skader/symptomer oppstått under den midlertidige dekningen.

Priser og innbetaling

Jeg er kjent med og aksepterer at

- endelig forsikringsavtale ikke trer i kraft før forsikringsøknaden er godkjent av selskapet og premien er betalt
- foreløpige priser kan bli endret etter at risikovurderingen er ferdig. Priser og forsikringsvilkår er ettårige og kan endres av selskapet ved den årlige kontraktsfornyelsen. Prisen øker i takt med stigende alder

Helseopplysninger – opplysningsplikt m.v.

- 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.
- Jeg bekrefter at jeg ikke har fått utført blodtest som viser at jeg er hivpositiv.
- Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer etter at forsikringsøknaden ble underskrevet, men for ikrafttredelse, ikke omfattes av forsikringen.

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 de opplysninger som Storebrand anser som nødvendig/relevant hos de leger, behandlere, institusjoner og forsikrings-selskaper som er oppført i helseerklæringen, samt fra mitt trygdekontor.
- Jeg samtykker i at kopi av denne fullmakt danner grunnlaget for at de nevnte leger, behandlere, institusjoner, forsikrings-selskaper og trygdekontor kan levere til Storebrand de eventuelle taushetsbelagte opplysninger de har om meg, for at selskapet skal få fullstendige opplysninger om min helse til forannevnte formål.
- Jeg samtykker i at mine helseopplysninger sendes til reassurandør i utlandet dersom Storebrand gjenforsikrer hele eller deler av avtalen.
- Jeg samtykker i at Storebrand Helseforsikring AS kan registrere og videreformidle helseopplysninger til de aktuelle behandlingssteder, dersom jeg får behov for behandling.
- Jeg samtykker i at Storebrand Helseforsikring AS kan innhente/avgj opplysninger om kundeforholdet fra/til andre selskaper i Storebrand-konsernet og Deutsche Krankenversicherung (DKV). Formålet er å kunne gi en samlet oversikt over forsikringstakers samlede engasjement i konsernet/DKV, og å kunne tilrettelegge Storebrandkonsernets tjenester overfor forsikringstaker, samt foreta statistiske analyser av forsikringsbestanden. Dette samtykket omfatter ikke helseopplysninger eller andre opplysninger som regnes som sensitive etter personopplysningsloven, med mindre det skjer i hensikt å sikre ensartet risikobedømmelse og/eller motvirke svik.

Informasjon etter pålegg i personopplysningsloven/av Datatilsynet

Jeg er kjent med og aksepterer at

- personopplysningene behandles av Storebrand Helseforsikring AS og at formålet med behandlingen er å fastsette korrekte priser og vilkår for min forsikring og tilrettelegge tjenestene overfor meg,
- jeg har innsynsrett i selskapets forsikringsregister og konsernets sentrale kunderegister og at jeg har rett til å få uriktig informasjon korrigert,
- personopplysningene er taushetsbelagte og vil bli slettet etter reglene om foreldelse, senest etter 10 år,
- fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon, og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter.

Samtykke til bruk av e-post:

Jeg samtykker i at Storebrand Helse kan benytte e-post i kommunikasjon med meg. Samtykket omfatter selskapets utsendelse av følgende rettslige dokumenter: Forsikringsbevis, forsikringsvilkår, velkomstbrev, fornyelsesbrev og opphørsbrev. Selskapet kan også benytte e-posten til nyheter fra selskapet - maksimalt to ganger i året, samt en frivillig kundetilfredsundersøkelse – maksimalt én gang i året. Kommunikasjon foregår ved at vi får en særskilt melding om at dokumenter er lagt ut på ditt eget område, som jeg har tilgang til ved tildelt passord. Jeg er kjent med at dette samtykket er frivillig og at det når som helst katrekkes tilbake. (Husk å fylle ut e-postadresse på forsiden.)

Ja

Nei

STED

DAG MND ÅR

FORSIKREDES UNDERSKRIFT