

NAVN OG ADRESSE

Storebrand Livsforsikring AS
Avtaleetablering
Postboks 1380 Vika
0114 OSLO

Kryss av for type forsikringsdekning det søkes om

Gruppeliv Dødsfallsforsikring
 Ytelsespensjon Uføreforsikring
 Innskuddspensjon
 Obligatorisk tjenestepensjon

SERVICEANSVARLIG		KUNDEANSVARLIG		
ARBEIDSGIVER / FORENING / LANGIVER		STILLING/YRKE (HVA BESTÅR ARBEIDET AV?)		
ETTERNAVN		FORNAVN	FØDSELSNUMMER	AVTALENR.
ADRESSE		TELEFONNUMMER PRIVAT	TELEFONNUMMER ARBEID	FAKSNUMMER
POSTNR.	POSTSTED	MOBILTELEFONNUMMER	E-POSTADRESSE	

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 HVIS DU HAR SLUTTET, NAR SLUTTET DU?
3 Oppgi navn på fast lege eller legesenter		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	NAR? 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	NAR? HVOR? (NAVN OG ADRESSE) HVORFOR ? / DIAGNOSE RESULTAT
7 Bruker du eller har du de siste 5 år brukt reseptbelagte medisiner regelmessig eller i perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	HVILKE 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	HVORFOR? NAR? 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)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	HVORFOR? RESULTAT
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	NAR? FORSIKRINGSSLELSKAP ARSAKEN TIL SÆRVILKÅRET
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	NAR? 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	HVILKE MIDLER HVOR FOR TIDSRUM FRA/TIL ELLER ANTALL DAGER ARSTALL

<p>13 Har du noen gang søkt om eller fått attføring, medisinsk rehabilitering, uførepensjon, premiefritak, uførekapital eller yrkesskade-erstatning fra folketrygden, A-etat, forsikringsselskap eller pensjonskasse?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	NÅR? UTFALLT AV SØKNADEN	HVORFOR HVOR SØKT
<p>14 Har du for tiden redusert arbeidsevne av helsemessige årsaker?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	HVORFOR	
<p>15 Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt i/problemer av mer enn 2 ukers varighet med:</p> <p>Hvis du har hatt flere perioder med smerter eller problemer, bes alle oppgitt.</p>	<p>a. Rygg nakke skulder</p> <p>b. Muskler, sener og ledd</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	NÅR? BESKRIV PROBLEMET
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja	NÅR? BESKRIV PROBLEMET

16

Utdanning Sett kryss ved høyeste fullførte utdanning	<input type="checkbox"/> Grunnskole	<input type="checkbox"/> Videregående skole	<input type="checkbox"/> 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	
--------------	--

Forsikredes erklæring og fullmakt vedrørende helseerklæringen

Generelt:

- Jeg erkjenner at opplysningene som er gitt danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Storebrand og er innforstått med at helsevurderingen kan føre til premietillegg, reservasjoner eller avslag for hele eller deler av søknaden.
- Jeg er kjent med at selskapets representant ikke har fullmakt til å ta bindende vurderinger for selskapet og at jeg selv er ansvarlig for at alle opplysningene er korrekte og fullstendige, også i de tilfeller hvor selskapets representant har bistått med utfylling av erklæringen.

Helseopplysninger – opplysningsplikt m.v.

- Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig 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 og helseerklæringen er underskrevet, ikke gir rett til erstatning for Kritisk Sykdom, Betalingsfritak, Uførekapital, Tidsbegrenset Uførepensjon og Uførepensjon.
- Jeg er kjent med at resultatet av helsevurderingen kan bli gjort kjent for forsikringstaker.

Helseopplysninger - Samtykke

- 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 forsikringsselskaper som er oppført i helseerklæringen, samt fra mitt trygdekontor 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 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 dersom selskapet finner å ville forelegge saken for Nevnden for helsebedømmelse for helsevurdering, vil et kort resymé av min sykehistorie bli registrert i Nevnden. Nevnden for helsebedømmelse er Finansnæringens Hovedorganisasjons fellesorgan for helsevurdering og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra alle medlemselskapene.

Informasjon etter pålegg i personopplysningsloven/av Datatilsynet. Jeg er kjent med

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

*)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.

STED	DATO	UNDERSKRIFT
------	------	-------------