

Helseerklæring

for ansatte og evt. medforsikrede over 18 år



Helseerklæringen fylles ut av den som skal forsikres. Det er viktig at du leser og svarer på alle spørsmålene, oppgir så nøyaktige tidspunkt som mulig og bruker norske betegnelser. Vær oppmerksom på at uriktige opplysninger kan få konsekvenser for forsikringen. Forutsatt at erklæringen blir godkjent, gjelder forsikringen fra avtalen

trådte i kraft eller fra det tidspunktet den ansatte ble ansatt. Det er en forutsetning at erklæringen levers til Tryg innen to måneder etter at avtalen ble inngått. Bruk sort penn og blokkbokstaver.

Husk å undertegne fullmakten på siste side.

Helseerklæringen gjelder

<input type="checkbox"/> Gruppeliv	<input type="checkbox"/> Supergruppeliv	<input type="checkbox"/> Kritisk sykdom	<input type="checkbox"/> Behandlingsforsikring	<input type="checkbox"/> Annen forsikring:
<input type="checkbox"/> Uførekapital	<input type="checkbox"/> Sykdom	<input type="checkbox"/> Sykeavbrudd	<input type="checkbox"/> Utestasjonerte	

Fylles ut av arbeidsgiver

Arbeidsgivers navn eller stempel	Organisasjonsnummer	Avtalenummer
Arbeidsgivers adresse	Postnummer og poststed	

Fylles ut av arbeidstaker/medforsikrede

Hvem er forsikret?	Ansatt <input type="checkbox"/>	Medforsikret <input type="checkbox"/>
Arbeidstakers navn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)	
Medforsikredes navn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)	
Privat adresse	Postnummer og poststed	
E-postadresse	Telefon	Stilling eller yrke

Fylles ut av Tryg		Tilbuds-/avtalenummer
Type	Sett kryss	Risikovurdering
Gruppeliv		
Uførekapital		
Supergruppeliv		
Sykdom		
Kritisk sykdom		
Sykeavbrudd		
Behandlingsforsikring		
Utestasjonerte		
Annet		
Dato	Signatur	
Merknad for Risikovurdering Helse		Anmerkning er registrert i

Helseerklæring

Hvis du svarer ja på spørsmålene, må du gi utfyllende opplysninger. Bruk gjerne eget ark. Du trenger ikke å opplyse om tilstander/sykdommer som er eldre enn 10 år hvis de ikke påvirker helsetilstanden i dag ved medikamentbruk og/eller behov for oppfølging. Forskjølelse, influensa og lignende er ikke nødvendig å oppgi.

Fylles ut av den som skal forsikres

1 Navn: _____

2 Vekt: _____ kg Høyde: _____ cm

3 Har du fått diagnosen HIV-infeksjon? JA NEI

4 Har du søkt om erstatning for personskade fra Tryg eller fra annet hold? JA NEI

Hvis ja, når og hvor fra: _____

Årsak: _____

Fikk du utbetalt erstatning? Ja Nei

5 Har du søkt om forsikring i Tryg eller annet forsikringselskap og fått avslag, reservasjon eller pristillegg? JA NEI

Hvis ja, når og hvor fra: _____

Årsak: _____

6 Er du 100 prosent arbeidsdyktig? JA NEI

Med 100 prosent arbeidsdyktig menes at du ikke er sykemeldt, under arbeidsavklaringspenger eller er tilstått uførepensjon fra folketrygden.

Hvis nei, årsak: _____

7 Har du i løpet av de siste 10 årene søkt om uførepensjon eller andre utførelser (som f.eks attføringspenger, rehabiliteringspenger, mv) i NAV? JA NEI

Hvis ja, når: _____

Årsak: _____

8 Har du vært sykemeldt (arbeidsudyktig) i mer enn 2 uker sammenhengende i løpet av de siste 5 årene? JA NEI

Også ved sykemelding i svangerskap oppgi årsak. Oppgi alle sykemeldingsperioder.

Dato	Varighet	Grad	Diagnose/årsak

9 Bruker du eller har du brukt medikamenter i løpet av de siste 10 årene? (Gjelder ikke medikament mot forkjølelse, influensa og sporadisk mild hodepine). JA NEI

Hvis ja, oppgi hvilke medikamenter, når og hvorfor:

Medikament	Når	Varighet	Årsak

10 Har du feil ved syn som ikke skyldes nærsynthet eller langsynthet? JA NEI

Hvis ja, oppgi type synsfeil og årsak: _____

11 Har du nedsatt hørsel eller øresus? JA NEI

Hvis ja, hvilket: Nedsatt hørsel Øresus

Årsak: _____

12 Har du i løpet av de siste fem årene vært undersøkt/behandlet eller vært til kontroll hos behandler innen fysisk helse, for eksempel kiropraktor, fysioterapeut eller naprapat? JA NEI

Hvis ja, når: _____

Hvilke lidelser/skader: _____

Type behandling/undersøkelse: _____

Hvor mange behandlinger: _____

Resultat: _____

Symptomfri? Ja Nei Hvis ja, når: _____

13 Har du vært operert i løpet av de siste 10 årene? JA NEI

Hvis ja, når: _____

Hvilke sykdommer/skader: _____

Hvilken lege/sykehus: _____

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når: _____

Plager/mén i ettertid? Ja Nei

Hvis ja, beskriv: _____

14 Har du vært eller skal du til allmennlege/spesialist, sykehus/poliklinikk, psykiater/psykolog eller annen helseinstitusjon/behandler (gjelder de siste 10 år)? JA NEI

Hvis ja, når: _____

Hvilke sykdommer/skader: _____

Hvilken lege/sykehus: _____

Resultat: _____

15 Har du eller har du hatt stort forbruk av alkohol, eller bruker du eller har du brukt stimulerende/beroligende medikamenter eller narkotiske midler i løpet av de siste 10 årene? JA NEI

Alkohol? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor

Medikamenter? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor

Narkotiske midler? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor

Beskriv her: _____

16 Røyker du daglig eller har du røykt? JA NEI

Hvis ja, hvor mange/mye pr. dag:

1-14 Over 14

Har du sluttet? Ja Nei Hvis ja, når: _____

17 Vennligst oppgi navn/adresse til lege som har relevante opplysninger vedrørende helsen din.

Legens navn: _____

Legekantor: _____

Adresse: _____

I løpet av de siste 10 årene, har du eller har du hatt følgende tilstander eller har du vært til oppfølging for disse?

a Hjerte-/karsykdommer/hjerterytmeforstyrrelser?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

b Høyt kolesterol? Høyt blodtrykk?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Kolesterolverdi: Dato siste måling:

Blodtrykksverdi: Dato siste måling:

c Hjerneblødning/hjerneslag?

 JA NEI

Hvis ja, beskriv:

Når:

d Allergiske lidelser?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Behandling:

e Hormonelle sykdommer? Stoffskiftelidelser?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

f Eksem, vorter eller andre hudsykdommer?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

g Sykdom i mage, tarmer, bukspyttkjertel, lever eller andre bukorgan? Gulsott eller hepatitt?

 JA NEI

Hvis ja, hvilken sykdom:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

h Diabetes/sukkersyke?

 JA NEI

Komplikasjoner? Ja Nei

Hvis ja, hvilke:

i Sykdommer i nyre- eller urinveier? Prostatabesvær?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

j Revmatisme, leddgikt eller plager i muskler og ledd?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

k Sykdom i lymfekjertlene? Blodsykdom?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når: Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt:

Dato behandlingen ble avsluttet (måned/år):

Husk å undertegne fullmakt på siste side.

l Rygglidelser, ryggplager, feil i ryggøylen eller prolaps?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når: Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt (f.eks. fysioterapi, medikamenter, kirurgi):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

m Plager i nakke, skulder, hofte, armer, bein?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når: Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt (f.eks. fysioterapi, medikamenter, kirurgi):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

n Svulster/kreft?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når: Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt:

Dato behandlingen ble avsluttet (måned/år):

o Epilepsi, krampeanfall, lammelser, migrene, ME eller andre sykdommer i nervesystemet?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvilken behandling ble gitt:

p Depresjon, angst, søvnløshet, utbrenthet, utmattelse, nervøsitet, spiseforstyrrelser, spillavhengighet, psykiske lidelser eller diffuse smertetilstander?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Hvilket år oppstod dette:

Når symptomfri:

Behandling med tidsangivelser (f.eks. medikamenter, spesialistbehandling (psykiater/psykolog), sykehusinnleggelse)?

Beskriv her:

q Astma eller annen lungesykdom?

 JA NEI

Hvis ja, hvilken sykdom:

Behandling:

Bruker du medisin daglig for dette? Ja Nei

r Sykdom i underlivsorganer?

 JA NEI

Hvis ja, hvilken:

Når:

Hvilken behandling ble gitt (medikamenter, kirurgi, osv.):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

19 Har du eller har du hatt andre plager, sykdom, legemsfeil eller mén etter skade som ikke fremgår av spørsmålene i helseskjemaet?

 JA NEI

Hvis ja, beskriv:

.....

.....

Orientering om helseerklæringen

Helseerklæringen alene danner i utgangspunktet grunnlaget for helsevurderingen. Det er derfor viktig at erklæringen fylles ut så riktig som mulig. Ved behov innhentes ytterligere dokumentasjon etter avgitt fullmakt. Sammen med statistikker om helse, uførhet og død, gir dette et godt bilde av risikoen.

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse
Postboks 7070
5020 Bergen

1. Helsekjema fylles ut av den som skal forsikres, eller av foresatte hvis den som skal forsikres er under 16 år.
2. Svarene på spørsmålene skal gi et fullstendig bilde av helsesituasjonen, unntatt forhold som er eldre enn ti år, vanlige barnesykdommer, forkjølelse, influensa, og lignende. Det skal heller ikke opplyses om gøntester eller helseopplysninger som er nevnt i Bioteknologiloven §§ 5-1 og 5-8 eller helseopplysninger om annen person enn forsikrede.
3. Helseerklæringen danner grunnlaget for forsikringen. Fullmakten nedenfor gir rett til å hente inn supplerende opplysninger om helse tilstanden til den som skal forsikres, dersom selskapet anser dette som nødvendig.
4. Hvis forsikringssøknaden blir avslått, eller det blir tatt helse-reservasjon, skal dette begrunnes skriftlig.
5. Hvis helsetilstanden bedres, kan du i noen tilfeller søke om forsikring på ny, eller søke om at reservasjon blir slettet.
6. Du har rett til å se hvilke opplysninger vi henter inn om deg. Alle opplysninger som blir hentet inn vil bli behandlet konfidensielt og i tråd med Lov om Personopplysninger. De slettes etter 10 år. Opplysninger som ikke er nødvendig for saksbehandlingen vil bli slettet eller sendt i retur til avsender.
7. Hvis det oppstår en skade, kan det bli aktuelt å innhente opplysninger fra tiden før forsikringen ble kjøpt.

8. Vi gjør oppmerksom på følgende samarbeid mellom forsikrings-selskapene:

ROFF

Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) har et register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Registeret brukes av forsikringsselskapene som er tilknyttet FNO for å sikre at helsevurderingen blir riktig og at opplysningsplikten blir overholdt.

NHV

Nemnda for helsevurdering (NHV) er FNO's fellesorgan for risikovurdering. Den er satt sammen av leger og andre sakkyndige fra forsikringsselskapene og fra legeföreningen. Nemnda får saker fra selskapene når de trenger bistand fra fastsette reservasjoner eller å gi avslag ut fra de helseopplysningene som er innhentet.

Nemnda gir en veiledende anbefaling av søknaden. Et kort, anonymisert sammendrag av forsikredes sykehistorie vil bli registrert i Nemnda. Formålet er å lage en erfaringsbase og oppslagsverk på tidligere behandlede saker, sortert etter sykdomsdiagnoser.

9. Helseerklæringen sendes til:

Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse, internpost 1D5
Postboks 7070
5020 Bergen

Fullmakt og erklæring

Jeg gir med dette Tryg Forsikring (Tryg) fullmakt til å hente inn de opplysningene som selskapet anser nødvendige og relevante for å vurdere forsikringssøknaden. Denne fullmakten fritar de som har taushetsbelagte opplysninger fra deres taushetsplikt.

Begrensninger:

Informasjon kan kun hentes inn fra de som er oppgitt i skjema. Det kan være:

- Leger og behandlere,
- NAV, PPT, BUP og andre institusjoner,
- Register over forsikringssøkere (ROFF), og andre forsikringsselskap som har gitt anmerkninger til dette registeret.

Fullmakten gir ikke rett til å innhente opplysninger som:

- ikke er nødvendige og relevante for å vurdere forsikringssøknaden,
- er eldre enn 10 år, hvis ikke opplysningene har sammenheng med helseplager de siste 10 år.
- gjelder genetiske tester vedrørende fremtidig sykdomsrisiko.

Oppbevaring, sletting og utlevering.

Helseopplysninger og andre personopplysninger skal behandles og oppbevares i tråd med Lov om Personopplysninger og slettes etter 10 år. Ved flytting av forsikringen og ved reassurans, kan helseopplysningene overføres til andre selskaper. Opplysningene kan utleveres til Nemnda for helsevurdering (NHV) og Register over forsikringssøkere (ROFF) i forbindelse med saksbehandling av forsikringssøknaden.

Erklæring

Jeg erklærer med dette at opplysningene jeg har gitt i helseerklæringen er så fullstendige og nøyaktige som mulig.

Jeg er kjent med at opplysningene fra meg danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Tryg. Dersom Tryg henter inn opplysninger fra andre som jeg har oppgitt i fullmakten, vil disse opplysningene også være med som grunnlag for forsikringsavtalen.

Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringssøknaden blir avslått eller sagt opp, og at erstatning ved inntruffet skade ikke blir utbetalt. Ved svik kan Tryg si opp alle forsikringene jeg har i selskapet, jf. forsikringsavtalelovens kapittel 13.

Er sykehistorien eller noen av spørsmålene i helseerklæringen diskutert med Trygs representant?	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, hva ble diskutert og hvorfor?
Sted og dato	Underskrift - den som skal forsikres (forsikrede)	