

Helseerklæring for barn under 18 år



Helseerklæringen fylles ut av den som skal forsikres. Helseerklæringen fylles ut av foresatte hvis barnet er under 16 år. 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 for-

sikringen 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	

Opplysninger om hvem som skal forsikres

Ansattes fornavn	Ansattes etternavn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)
Forsikret barns fornavn	Forsikret barns etternavn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og poststed	
E-postadresse	Telefon	

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.

Fylles ut av foresatte eller barn over 16 år

1	Har barnet mottatt eller mottar barnet ytelse fra folketrygden? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, grunnstønad fra når	Hjelpstønad fra når	Årsak til ytelsen		
2	Barnets fødselsvekt i gram gr	Barnets høyde og vekt i dag Høyde i cm Vekt i kg	Var barnet født for tidlig? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, når født (graviditetsuke):	Forekom det komplikasjoner i svangerskapet, ved fødselen eller i løpet av de første 3 levemånedene? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilke? Oppgi Apgarscore: (Står i fødselsjournalen)		
3	Bruker barnet eller har barnet brukt reseptbelagte medisiner? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvilke medisiner?	Fra når og hvor lenge?	Årsak til medisinbruk?	Er barnet erklært frisk? Hvis ja, når? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Har barnet plager av dette i dag? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4	a Har barnet hatt leverbetennelse eller hepatitt type A, B eller C?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
	b Har barnet fått diagnosen HIV-infeksjon?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
	c Har barnet gjennomgått eller blitt behandlet for tuberkulose?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
5	Har barnet eller har barnet hatt en eller flere av følgende sykdommer, plager eller tilstander?						
	Sykdom, plage eller annen tilstand	Hvilken tilstand og når?	Lege/psykolog/psykiater/poliklinikk/sykehus som behandlet/undersøkte barnet	Ble eller blir det brukt medisin?	Er barnet operert eller skal det opereres? Hvis ja, når? Resultat?	Er barnet ferdigbehandlet og friskt? Hvis ja, når?	Har barnet plager av dette i dag?
a	Hjertesykdom eller andre hjerte- og karlidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
b	Sykdommer i mage, tarm eller urinveier <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
c	Hormonelle lidelser, stoffskiftelidelser, sukkersyke (diabetes) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
d	Medfødte misdannelser, sykdommer, kromosomfeil eller fødselsskader <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
e	Psykiske plager eller problemer knyttet til adferd eller utvikling <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Utviklingsavvik, ADHD og beslektede tilstander <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Lese- og skrivevansker (dysleksi) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Angst/uro/panikkangst <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Psykosar, andre psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Utmattelse, migrene eller stresssymptomer <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

5 Har barnet eller har barnet hatt en eller flere av følgende sykdommer, plager eller tilstander?						
Sykdom, plage eller annen tilstand	Hvilken tilstand og når?	Lege/psykolog/psykiater/poliklinikk/sykehus som behandlet/undersøkte barnet	Ble eller blir det brukt medisiner?	Er barnet operert eller skal det opereres? Hvis ja, når? Resultat?	Er barnet ferdigbehandlet og friskt? Hvis ja, når?	Har barnet plager av dette i dag?
f Nevrologiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Epilepsi <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Kramper eller feberkramper <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Lammelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Cerebral parese eller andre motoriske skader og utviklingsfeil <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
g Kreftsykdom <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
h Revmatiske sykdommer eller muskel- og skjelett-lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
i Eksem, psoriasis eller andre hudlidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
j Allergiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Matallergi eller mat-intoleranse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
k Sykdommer i luftveiene og/eller øre-/nese-/halslidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Redusert hørsel <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Dren i øret? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Dren falt ut? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Resultat av hørselsprøve:			
l Nedsatt syn/øyelidelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
6 Er barnet blitt undersøkt av lege eller annet helsepersonell i forbindelse med skader, ulykker eller andre tilstander/sykdommer/lidelser? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvis ja, besvar underspørsmål)						
Hvis ja, hvilken skade eller tilstand?		Hvor ble barnet undersøkt?		Når?	Resultat	
Har dette medført fysiske eller psykiske ettervirkninger? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Har dette gitt funksjonshemming? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Har dette gitt sykdommer? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		
7 Har barnet vært til, skal til, er henvist, eller er under utredning for sykdom, plage eller annen tilstand? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Når?(fra-til) _____		Hvis ja, hvilken sykdom, plage eller tilstand?				
		Navn/adr. til henvisende lege/behandler:				
8 Har du noen grunn til å tro at barnet har eller har hatt noen sykdom, kroppsfeil, fysisk eller psykisk handikap eller kromosomfeil som ikke fremgår av spørsmålene i helseskjemaet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			Hvis ja, hvilke forhold:			

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 utfyllt og undertegnet skjema sendes til:

Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse
Postboks 7070
5020 Bergen

- Helseskjema fylles ut av den som skal forsikres, eller av foresatte hvis den som skal forsikres er under 16 år.
- Svarene på spørsmålene skal gi et fullstendig bilde av helse-situasjonen, unntatt forhold som er eldre enn ti år, vanlige barnesykdommer, forkjølelse, influensa og lignende. Det skal heller ikke opplyses om gentester eller helseopplysninger som er nevnt i Bioteknologiloven §§ 5-1 og 5-8 eller helseopplysninger om annen person enn forsikrede.
- Helseerklæringen danner grunnlaget for forsikringen. Fullmakten nedenfor gir i tillegg rett til å hente inn supplerende opplysninger om helsetilstanden til den som skal forsikres, dersom selskapet anser dette som nødvendig.
- Hvis helseerklæringen fører til at forsikringen ikke kan tegnes eller det blir tatt reservasjon for spesielle forhold, vil vi gi skriftlig begrunnelse for dette.
- Du har rett til å se hvilke opplysninger vi henter inn om deg. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i tråd med Lov om Personopplysninger. Opplysninger som ikke er nødvendig for saksbehandling vil bli slettet eller sendt i retur til avsender.
- Hvis det oppstår en skade, kan det bli aktuelt å innhente opplysninger fra tiden før forsikringen ble kjøpt.
- Vi gjør oppmerksom på følgende samarbeid mellom forsikrings-selskapene:
 - ROFF**
Finans Norge har et register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Registeret brukes av forsikrings-selskapene som er tilknyttet Finans Norge for å sikre at helsevurderingen blir riktig og at opplysningsplikten blir overholdt.
 - NHV**
Nemnda for helsevurdering (NHV) er Finans Norges fellesorgan for risikovurdering. Den er satt sammen av leger og andre sakkyndige fra forsikrings-selskapene 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.
- Helseerklæringen sendes til:
Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse
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. 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.

Har du søkt om erstatning for personskade/ sykdom fra Tryg eller et annet forsikringsselskap/instans? Hvis ja, når og hvor fra: Årsak: Fikk du utbetaling erstatning? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Har du søkt om personforsikring med helseerklæring i Tryg eller annet forsikringsselskap og fått avslag, begrensning eller pristillegg? Hvis ja, når og hvor fra: Årsak:	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA
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 til barnet som skal forsikres eller foresatte hvis barnet er under 16 år	