storebrand

Storebrand Helseforsikring AS
Postboks 464, 1327 Lysaker

HELSEFORSIKRING

AVTALESKJEMA

for privatpersoner med individuelle vilkår

KTA

Forsikret

ETTERNAVN	FØDSELSNUMMER
FOR- OG MELLOMNAVN	
ADRESSE	TELEFON NR. PRIVAT / TELEFON NR. ARBEID / FAKS NUMMER
POSTNR. / POSTSTED	MOBILTELEFONNUMMER / E-POSTADRESSE

Familie Avtale

Søkes det samtidig forsikring med samme forsikringstaker for andre familiemedlemmer, eller har andre familiemedlemmer forsikring i Storebrand Helseforsikring AS med samme forsikringstaker fra tidligere?

JA ☐ NEI ☐

Hvis Ja

NAVN	FØDSELSNUMMER
NAVN	FØDSELSNUMMER
NAVN	FØDSELSNUMMER

Kryss av for hvilken avtale du ønsker

- Behandlingsavtale Topp ☐
- Behandlingsavtale Pluss ☐
- Behandlingsavtale ☐

Foreløpig pris per DAG MND ÅR kr PRIS PER ÅR i hele kroner

Forsikringstaker (hvis annen enn forsikret)

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

Spesiell betaler (hvis annen enn forsikringstaker)

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

For forsikringstaker hvis spesiell betaler er oppgitt:
Den spesielle betaler skal betale alle premier på denne forsikring og vedkommende gis herved fullmakt til å motta alle varsler med bindende virkning for meg. Jeg fraskriver meg herved retten til å få tilsendt særlige premievarsler etter Forsikringsavtalelovens kapittel 14 ved betalingsmislighold, og er kjent med at forsikringen opphører, dersom premien ikke betales. Likeledes er jeg kjent med at jeg i slike tilfeller blir ansvarlig for skyldig premie og eventuelle påløpte purringsgebyrer.

47175b 09/2009 Grafisk Senter

Premie-betaling

☐ Jeg ønsker Avtalegiro: ☐ månedlig ☐ kvartårlig ☐ halvårlig

Inntil Avtalegiro er aktiv, vil trekk for valgte termin straks belastes fra kontonr.: KONTONUMMER

☐ Jeg ønsker i stedet tilsendt giro: ☐ kvartårlig ☐ halvårlig ☐ årlig

Kontonummeret benyttes ved eventuell utestående premie som skal tilbakebetales.: KONTONUMMER

AGENTERKLÆRING

Jeg har gjort kunden kjent med:

- forskrifter, rettigheter og vilkår som gjelder for avtalen, herunder skatteregler, bindingstid m.m
- underskriftserklæringen, og betydningen av å lese denne grundig
- opplysningsplikten, og redegjort for konsekvensene av at helseerklæringen ikke er fullstendig og korrekt (tape erstatning, komme i straffeansvar).

Jeg bekrefter at jeg ikke har påvirket kunden i besvarelsen av spørsmålene under helseerklæringen, og der hvor jeg har fylt ut helseskjemaet for kunden, har jeg notert kundens svar på selskapets spørsmål slik kunden har svart.

Jeg har kontrollert at:

- avtalen er i samsvar med forsikringstakers ønske
- forsikringstaker/forsikrede selv har underskrevet avtalen

Angrerett

Denne tegningsblanketten er underskrevet:

☐ På fast utsalgssted (kunden har ikke angrerett)

☐ Utenfor fast utsalgssted og i nærvær av selger (kunden har angrerett)

☐ Ved fjernsalg (på nett, DM, telefonsalg – selger og kjøper møtes ikke ansikt til ansikt) (kunden har angrerett)

Kun ett kryss må settes.

	Ja/Nei	Kommentar
Har forsikringstaker/forsikrede nylig søkt annen forsikring i Storebrand, hvor helseopplysninger er avgitt?		

Øvrige opplysninger (anmerkninger)

For interne rådgivere og firmaagenter

Tegningsansvarlig	RÅDGIVERS NAVN - BLOKKBOKSTAVER	DISTRIKTS NR.*
Samtegner	RÅDGIVERS NAVN - BLOKKBOKSTAVER	DISTRIKTS NR.*

STED	DATO	UNDERSKRIFT

* Distriktsnummer må fylles ut
* * Hvis salget skal deles med en annen selger, må samtegners disriktsnummer også fylles ut

For eksterne distributører - Legg ved provisjonsblankett

STED	DATO	UNDERSKRIFT RÅDGIVER

DISTRIBUTØR/FIRMA	RÅDGIVERS NAVN - BLOKKBOKSTAVER

storebrand

EGENERKLÆRING OM HELSE

Fylles ut av forsikrede

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

ETTERNAVN	FØDSELSNUMMER

FOR- OG MELLOMNAVN

Røyker du daglig? JA ☐ NEI ☐

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

Spørsmål nr.		JA	NEI
1	Har du noen sykdom, plager eller funksjonssvikt (fysisk/psykisk)?		
2	Har du blitt undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, sykepleier eller annet medisinsk personell i løpet av siste 5 år?		
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?		
4	Er det planlagt eller er det anbefalt noen form for undersøkelse, behandling eller operasjon?		
5	Bruker du eller har du de siste 5 år brukt medisiner regelmessig eller i perioder?		
6	Har du andre opplysninger om din helsetilstand som ikke fremkommer i de øvrige spørsmålene?		

Hvis du svarer **Ja** på ett eller flere spørsmål, vennligst bruk feltet nedenfor til utfyllende opplysninger. (Vennligst oppgi hvilket spørsmål det gjelder).

Utfyllende opplysninger til 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 ___ cm	VEKT ___ 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, FORSIKRINGSSELSKAP OG ÅRSAK TIL SÆRVILKÅR
Hvilken lege eller legesenter bruker du? (Oppgi legens navn og adresse.)		

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

Generelt

Jeg er kjent med og aksepterer at:

1. Opplysningene som er gitt danner grunnlaget for forsikringsavtale med Storebrand Helseforsikring AS (heretter kalt Selskapet), og at helsevurderingen kan føre til premietillegg, reservasjoner eller avslag for hele eller deler av søknaden.
2. Uten særskilt samtykke kan forsikringen bare avtales med forsikrede som er bosatt i Norden og som er medlem av de nordiske lands trygdesystem.
3. Jeg er selv ansvarlig for at alle opplysningene, herunder helseopplysningene, er korrekte og fullstendige, også i de tilfeller hvor Selskapets representant har bistått i utfylling av erklæring og at Selskapets representant ikke har fullmakt til å ta bindende vurderinger for Selskapene.
4. Jeg må innhente Selskapets godkjennelse i forkant av behandling for å få den dekket.
5. Forsikringen ikke dekker enhver behandling, men at det er visse begrensninger som spesielt er nevnt i avtaledokumentene.
6. Fullstendige forsikringsvilkår vil bli sendt sammen med forsikringsbeviset, men kan fås ved henvendelse til Selskapet.
7. Norsk rett gjelder for forsikringsavtalen, at tvister avgjøres ved norsk domstol og at all korrespondanse foregår på norsk.
8. Jeg har rett til å kreve nemndbehandling ved eventuelle tvister, jf. Forsikringsavtaleloven § 20-1.
9. Selskapet er underlagt tilsyn av Kredittilsynet.
10. Når forsikringen tegnes ved fjernsalg eller utenfor selgeres faste utsalgssted og i nærvær av selger, har jeg rett til å endre denne avtalen etter reglene om lov i 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. 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.

Priser og innbetaling

Jeg er kjent med og aksepterer at:

11. Forsikringsavtalen ikke trer i kraft før forsikringssøknaden er godkjent av Selskapet og premien er betalt.
12. 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, endring i konsumprisindeks, samt endring i forholdet mellom skadekostnader og premie.

Helseopplysninger – opplysningsplikt m.v.

Jeg erklærer og bekrefter at:

13. 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 Selskapet si opp denne og mine andre forsikringsavtaler og det kan bli iverksatt straffeforfølgelse overfor meg.
14. Jeg ikke har fått utført blodtest som viser at jeg er hivpositiv.
15. Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer etter at forsikringssøknaden ble underskrevet, men før ikrafttredelse, ikke omfattes av forsikringen.

Fullmakter

Jeg gir samtykke til at:

16. Selskapet bruker de relevante helseopplysninger jeg gir ved vurdering av søknaden og fastsettelse av korrekt pris.
17. Selskapet kan innhente de opplysninger som Selskapet anser som nødvendige/relevante hos de leger, behandlere, institusjoner og forsikringsselskaper som er oppført i helseerklæringen, samt fra mitt trygdekontor. Jeg samtykker også i at kopi av denne fullmakten danner grunnlagt for at de nevnte leger, behandlere, institusjoner, forsikringsselskaper og trygdekontor kan levere til Storebrand de eventuelle taushetsbelagte opplysninger om min helse for forannevnte formål.
18. Mine helseopplysninger sendes til reassurandør i utlandet dersom Selskapet gjenforsikrer hele eller deler av avtalen.
19. Selskapet kan registrere og videreformidle helseopplysninger til de aktuelle behandlingssteder dersom jeg får behov for behandling.
20. Selskapet kan innhente/avgi opplysninger fra/til andre selskaper i Storebrandkonsernet, heretter kalt konsernet, og Deutche Krankenversicherung, heretter kalt DKV. Formålet er å kunne gi en samlet oversikt over forsikringstakers samlede engasjement i konsernet/DKV, og kunne tilrettelegge konsernets tjenester ovenfor forsikringstaker, samt foreta statistiske analyser av forsikringsbestanden. Dette samtykke omfatter ikke sensitive personopplysninger, med mindre utveksling skjer i hensikt å sikre ensartet risikobedømmelse og/eller motvirke svik.
21. Resultater av min helsevurdering kan bli gjort kjent for forsikringstaker.

Informasjon etter pålegg i personopplysningsloven/av Datatilsynet

Jeg er kjent med og aksepterer at:

22. Personopplysningene behandles av Selskapet og at formålet med behandlingen er å fastsette korrekt pris og vilkår for min forsikring og tilrettelegge tjenestene ovenfor meg.
23. Jeg har innsynsrett i Selskapets forsikringsregistrer og konsernets sentrale kunderegister og at jeg har rett til å få uriktige informasjon korrigert.
24. Personopplysningene er taushetsbelagte og vil bli slettet etter reglene om foreldelse, senest etter 10 år.
25. Fødselsnummer er nødvendig for å sikre identifikasjon, og for å ivareta korrekt rapportering til offentlige myndigheter.

Forsikret	STED	DAG MND ÅR	FORSIKREDES UNDERSKRIFT
Forsikringstaker (hvis annen enn forsikret)	STED	DAG MND ÅR	FORSIKRINGSTAKERS UNDERSKRIFT
Spesiell betaler	STED	DAG MND ÅR	SPESIELL BETALERS UNDERSKRIFT

storebrand

Avtale Giro

automatisk betaling av faste regninger

Vi har notert at du ønsker å betale din Helseforsikring med AvtaleGiro

AvtaleGiro gir deg følgende fordeler:

- Du blir varslet minst 7 dager før forfall - da har du full kontroll med regningene dine.
- Din konto blir automatisk belastet ved forfall - da slipper du å betale giroen i banken/nettbanken.
- Du får kvittering med forklarende tekst på kontoutskriften - da får du god oversikt.

Slik kommer du igang

- Fyll ut svarkupongen, underskriv og send denne sammen med søknad for helseforsikring til Storebrand Helseforsikring AS.

Engangstrekk

- Inntil Avtalegiro er aktiv, vil trekk for inntil 3 måneder straks belastes fra oppgitte kontonummer.

Med vennlig hilsen

Storebrand Helseforsikring AS

PS! Vi anbefaler at du setter maksimums beløpsgrense til kr. 20.000,- for å ta høyde for eventuelle prisjusteringer. Du vil uansett aldri bli trukket for mer enn hva forsikringen koster.

Avtale Giro — automatisk betaling av faste regninger

☑ JA TAKK! Jeg ønsker å betale Helseforsikringen med AvtaleGiro

storebrand

Mottaker	Mottakers konto	Beløpsgrense per trekkmåned
Storebrand Helseforsikring AS	6003 06 30850	.....kr

Belast mitt konto nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ønsket belastningsdato: ☐ 15. i mnd ☐ 25. i mnd

Beløpsgrense per trekkmåned
Hvis maks. beløp ikke fylles inn, vil beløpsgrensen bli satt til kr. 20.000,- per trekkmåned

KID nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(KID-nummeret fylles ut av Storebrand Helseforsikring AS)*

FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER:

Kundens navn: .....

Adresse: .....

Postnr./sted: .....

Sted/dato ..... Underskrift .....

storebrand

Orientering om helseerklæringen

Før et forsikringsselskap 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 risikoøkning, 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 forsikringstilfelle. Den som bevisst holder tilbake opplysninger, kan også bli erklært som uønsket i selskapet, og i spesielt alvorlige tilfeller kan forholdet bli politianmeldt. 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 informasjon 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 noe unøyaktig. Vi vil vanligvis finne tilstrekkelig informasjon hos legen eller andre, og du kan eventuelt kontakte oss dersom 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 opplysningene ved risikobedømmelse og oppgjør, har tilgang til opplysningene.