

Storebrand Helseforsikring AS  
Postboks 464, 1327 Lysaker

BEDRIFT

SELGER

AGENTNUMMER

KTA

## Søknadsskjema for familiemedlemmer til ansatte i bedriften

**Forsikret – Familiemedlem**

ETTERNAVN	FOR- OG MELLOMNAVN	FØDSELSNUMMER
ADRESSE	TELEFON NR. PRIVAT	TELEFON NR. ARBEID
POSTNUMMER/-STED	MOBILTELEFONNUMMER	E-POST

**Forsikringstaker ansatt i bedriften (må fylles ut)**

ETTERNAVN	FOR- OG MELLOMNAVN	FØDSELSNUMMER
ADRESSE	TELEFON NR. PRIVAT	TELEFON NR. ARBEID
POSTNUMMER/-STED	MOBILTELEFONNUMMER	E-POST

**Premiebetaling**

Jeg ønsker tilsendt giro:      Kvartårlig      Halvårlig      Årlig

KONTONUMMER

Kontonummer benyttes ved eventuell  
utestående premie som skal tilbakebetales:**La banken betale dine regninger for deg!**Gå inn på nettbanken din og opprett Avtalegiro neste gang du betaler en faktura.  
Eventuelt kan du ta kontakt med banken din, og be dem om hjelp med å opprette Avtalegiro.

- Er forsikrede/familiemedlem i et behandlingsforløp hos lege eller til fysikalsk behandling (fysioterapeut, kiropraktor, naprapat)? Ja
- Er det planlagt noen form for kontroll, undersøkelser, behandling eller operasjon? Nei
- Bruker forsikrede/familiemedlem medisiner eller andre preparater? Nei

**JA:** Dersom svaret er JA på ett eller flere av disse spørsmålene for forsikrede, og du likevel ønsker å etablere helseforsikring, må du fylle ut skjemaet "Egenerklæring om helse" som du finner på de neste sidene.**NEI:** Dersom svaret er NEI på alle disse spørsmålene, skal du ikke fylle ut skjemaet "Egenerklæring om helse", men gå rett til siste side, og lese teksten om forsikringsavtalen, og deretter signere søknaden.**Merk!** Forsikrede må være 100% arbeidsfør og ikke sykemeldt.**For forsikret:**

Forsikringstaker 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.

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

ETTERNAVN

FØDELSNR. (11 SIFFER)

FOR- OG MELLOMNAVN

NAVN PÅ FASTLEGE ELLER LEGESEENTER SOM DU VANLIGVIS BRUKER ELLER SOM KJENNER DEG BEST

HØYDE (CM)

VEKT (KG)

### Helsespørsmål

**1. Røyker du, eller har du sluttet å røyke i løpet av de siste 2 årene?** Ja Nei Hvis ja, når sluttet du?

**2. Har du eller har du tidligere hatt: hjerte-/karsykdom? (f.eks angina pectoris, hjerteinfarkt, medfødt hjertefeil, hjertesvikt, klaffefeil, rytmeforstyrrelser, blodpropp, høyt blodtrykk, høyt kolesterol eller diabetes)** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilke sykdommer

Hvilken behandling har du fått/får du?

Når (mnd/år) hadde du sist symptomene? For hvilken plage?

**3. Har du eller har du tidligere hatt: sykdommer i nervesystemet og/eller hjernen (f.eks migrene, gjen-tatt hodepine, epilepsi, besvimelse, lammelser, svimmelhet, multippel sklerose, parkinsons, tia (drypp), hjerneslag/hjerneblødning)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når mnd/år oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du?

Dersom Epilepsi eller migrene/hodepine oppgi anfallshyppighet

**4. Har du eller har du tidligere hatt: lungesykdommer (f.eks astma, allergi, bronkitt, kols, emfysem?)** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når mnd/år oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du?

**5. Har du eller har du tidligere hatt: sykdommer i nyrer eller urinveier (f.eks blod eller eggehvite i urin, vannlatningsproblemer) lever, galleblære, bukspyttkjertel (f.eks hepatitt, forstørret lever, unormale leverprøver, betennelse i bukspyttkjertel, gallestein, betennelse i galleblæren)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilke sykdommer

Hvilken behandling har fått fått/får du? Oppgi når.(mnd/år)

Når (mnd/år) hadde du sist symptomene? For hvilken plage?

Dersom urinveisinfeksjon/gallestein, oppgi antall behandlinger siste 3 år

**6. Har du eller har du tidligere hatt: sykdommer i fordøyelsesorganene (f.eks betennelse i spiserør, refluks, gastritt, magesår, ulcerøs kolitt, Crohns sykdom, irritabel tykktarm)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du? Oppgi når. (mnd/år)

Når (mnd/år) hadde du sist symptomene? For hvilken plage?

**7. Har du eller har du tidligere hatt: hudsykdommer (f.eks psoriasis, eksem), kreft eller godartede svulster, sjekket eller fjernet føflekker?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når (mnd/år) oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du? Oppgi når. (mnd/år)

Resultat?

**8. Har du eller har du tidligere hatt: revmatiske sykdommer (f.eks leddgikt, bekhterevs, urinsyregikt)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du? Oppgi når. (mnd/år)

**9. Har du eller har du tidligere hatt: øyesykdommer(f.eks sterkt nedsatt syn, netthinneavløsning, regnbuehinnebetennelse, grå eller grønn stær)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når oppsto plagen?

Hvilken behandling har du fått/får du?

**10. Har du eller har du tidligere hatt: øresykdommer (f. eks. nedsatt hørsel, øresus/tinnitus, krystallsyke)?** Ja Nei

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom og når oppsto plagen?

I hvilken tidsperiode hadde du sist plager?

Hvilken behandling har du fått/får du? Oppgi når.

**11. Har du i løpet av de siste 5 år blitt undersøkt eller behandlet av lege? Dersom du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger, bes alle oppgitt.**

Ja

Nei

Hvis ja, når? og hvorfor/diagnose?

Av hvem?  
(Navn og adresse)

Resultat?

Er behandling/kontroll fortsatt aktuelt? oppgi for hva og når.

**12. Har du i løpet av de siste 10 år blitt undersøkt eller behandlet/kontrollert ved sykehus, klinikk eller annen helseinstitusjon, eller har du vært anbefalt slik undersøkelse, behandling eller operasjon? Dersom du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger, bes alle oppgitt.**

Ja

Nei

Hvis ja, når? og hvorfor/diagnose?

Av hvem?  
(Navn og adresse)

Resultat?

Er behandling/kontroll fortsatt aktuelt? oppgi for hva og når.

**13. Har du i løpet av de siste 5 år blitt undersøkt eller behandlet av psykolog og/eller fått behandling/rådgivning for: utbrenthet/ utmattelse, angst, depresjon, spiseforstyrrelser, konsentrasjonsvansker eller andre psykiske plager?**

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi hvilken tidsperiode?

Har du vært sykmeldt for dette? tidsperiode?

Behandlet av hvem?  
(Navn og adresse)

Hvorfor/diagnose?

Er behandling/kontroll fortsatt aktuelt

Ja

Nei

**14. Bruker du eller har du de siste 5 år brukt medisiner eller andre preparater?**

Ja

Nei

MEDISIN

FOR HVA?

PERIODE

BRUKER DU FORTSATT MEDISINEN?

Ja

Nei

Ja

Nei

Ja

Nei

Ja

Nei

Ja

Nei

**15. Har du eller har du hatt gjentatte symptomer/plager du ikke har søkt lege/behandling for eller fått stilt diagnose for?**

Ja

Nei

Beskriv symptomer/  
plager

**16. Har du eller har du hatt overkonsumsjon/misbruk av alkohol, narkotiske stoffer og/eller prestasjonsfremmende midler (dopingmidler) har du blitt anbefalt behandling for dette?**

Ja

Nei

Hvis ja, beskriv

Når?(mnd/år)

**17. Har du i løpet av de siste 5 år hatt plager eller symptomer fra muskler, skjelett, sener, ledd eller andre diffuse smertetilstander? Hvis ja, beskriv.**

Ja

Nei

HVOR	Når oppsto plagene?	Når hadde du plagene sist?	Beskriv plagene/ ev. diagnose	Behandling? oppgi hvilken/hos hvem
Rygg				
Nakke				
Bekken				
Diffuse smerter				
Smerter i ledd, muskler, sener				
Kne	Ve	Hø		
Hofte	Ve	Hø		
Arm	Ve	Hø		
Skulder	Ve	Hø		

**18. Har du i løpet av de siste 5 år blitt behandlet av fysioterapeut, kiropraktor, naprapat eller lignende? Hvis du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger bes alle oppgitt.**

Ja

Nei

Hvis ja, når?  
(mnd/år)

Resultat?

Av hvem?  
(Navn og adresse)

Hvorfor/diagnose?

Er behandlingen/kontroll  
fortsatt aktuelt?  
oppgi for hva og når.

Antall behandlinger  
siste 3 år

## ORIENTERING OM HELSEERKLÆRINGEN

Før et forsikringselskap 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 risikøkning, 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 noe 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.

## 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 godkjenning 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.

## Behandling av opplysninger om din helse

For at Storebrand Helseforsikring AS skal kunne tilby deg helseforsikring, må du samtykke til at Storebrand Helseforsikring AS behandler helseopplysninger om deg.

Jeg samtykker til at Storebrand Helseforsikring AS behandler helseopplysninger om meg for å gjennomføre forpliktelser etter avtalen som er inngått om helseforsikring.

## Forsikret

STED

DATO

FORSIKREDES UNDERSKRIFT

## Forsikringstaker (ansatt i bedriften)

STED

DATO

FORSIKRINGSTAKERS UNDERSKRIFT

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 forsikringselskaper som er oppført i helseerklæringen, samt fra mitt trygdekontor. Jeg samtykker også i at kopi av denne fullmakten danner grunnlaget for at de nevnte leger, behandlere, institusjoner, forsikringselskaper 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 Deutsche 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.

## Behandling av personopplysninger

Storebrand behandler personopplysningene dine.

1. Vi behandler personopplysningene for å kunne etablere og administrere helseforsikring hos Storebrand Helseforsikring AS.
2. Opplysningene du har oppgitt i søknaden er nødvendige for at vi skal kunne fastsette korrekte vilkår for avtalen, administrere kundeforholdet og oppfylle innholdet i avtalen. Fødselsnummer er nødvendig for sikker identifikasjon og korrekt rapportering til offentlige myndigheter.
3. Vi lagrer informasjonen så lenge du er kunde hos oss. Opplysningene slettes når vi ikke lenger kan ha forpliktelser etter denne avtalen eller annet regelverk.
4. Du kan lese mer om rettighetene dine, som retten til innsyn, retting og sletting, i vår personvernerklæring på storebrand.no.
5. Storebrand Helseforsikring AS, ved administrerende direktør, er ansvarlig for behandling av personopplysningene. Har du spørsmål om behandling av personopplysninger, kan du sende en e-post til Storebrands personvernombud: personvernombud@storebrand.no