

RETURADRESSE: CRM  
 Storebrand Livsforsikring AS  
 Helsevurdering  
 Postboks 500, 1327 Lysaker

Forsikrede		
MEDLEMSFORENING		MEDLEMSNUMMER
FORSIKREDES/MEDLEMMETS FULLSTENDIGE NAVN	STILLING / YRKE	FØDELSNUMMER (11 SIFFER)
FORSIKREDE EKTEFELLE/SAMBOERS FULLSTENDIGE NAVN	STILLING / YRKE	FØDELSNUMMER (11 SIFFER)
ADRESSE		POSTNR. / -STED
E-POST ADRESSE		TELEFONNUMMER DAGTID / KVELDSTID (MOBIL)
STATSBORGERSKAP		

KRYSS AV FOR TYPE FORSIKRINGSDEKNING DET SØKES OM - GJELDER KUN NY ELLER ØKNING AV EKSISTERENDE DEKNING

MEDLEM				EKTEFELLE/PARTNER/SAMBOER			
Frivillig Gruppelivs-forsikring ved Dødsfall	12 G	22 G	40 G	Frivillig Gruppelivs-forsikring ved Dødsfall	12 G	22 G	40 G
Frivillig Gruppelivs-forsikring Uførekapital	12 G	22 G	30 G	Frivillig Gruppelivs-forsikring Uførekapital	12 G	22 G	30 G
Frivillig Gruppelivs-forsikring Uførerente	1 G	2 G		Frivillig Gruppelivs-forsikring Uførerente	1 G	2 G	
(kan kun tegnes dersom også Uførekapital er tegnet)				(kan kun tegnes dersom også uførekapital er tegnet)			
Frivillig Kritisk Sykdom	(velg mellom 1 G - 10 G)			Frivillig Kritisk Sykdom	(velg mellom 1 G - 10 G)		
Frivillig Behandlingsforsikring	Ja	Nei	<b>KTA</b>	Frivillig Behandlingsforsikring	Ja	Nei	
Frivillig Sykeavbruddsforsikring	Ja	Nei					

Hvis ja (gjelder kun sykeavbruddsforsikring - maks dagpengesats kr 2500,-)

Pensjonsgivende inntekt i næring mellom 6G og 12G:

Faste kostnader i næring:

Dagpengebeløp (inntekt + kostnad/360):

Organisasjonsnummer:

**Dekning** - Forsikringssummen regnes i forhold til folketrygdens grunnbeløp (G). Grunnbeløpet (G) fastsettes av Stortinget. Forsikringssummen reguleres årlig ut fra G pr. 1. januar.

**Spesielle vilkår Gruppeliv Død og Uførhet, samt Kritisk Sykdom:**

- For å kunne tegne Uførerente må man også tegne Uførekapital.
- Kritisk Sykdomsforsikring kan tegnes opp til fylte 60 år.
- Maks forsikringssum ved Dødsfall 40 G, Uførekapital 30G, Uførerente 2G og Kritisk Sykdom 10 G, uavhengig av antall medlemskap i husstanden. Dødsfall kan tegnes til fylte 70 år, Uførekapital fra 18 til fylte 60 år og Uførerente til fylte 55 år.

**Spesielle vilkår Sykeavbrudd:**

- Kan tegnes av selvstendig næringsdrivende eller innehaver av bedrift opp til fylte 55 år.
- Sykdom som viser symptomer de første 30 dagene (karenstid) etter at forsikringen trådte i kraft er likevel ikke dekket.
- Erstatningssum gjelder ved minst 50 prosent sykemelding, fratrukket avtalt karenstid. Utbetaling beskattes som inntekt.

For opptak i de valgte forsikringsordningene forutsettes det at det er avgitt helseerklæring og at helsevurderingen er godkjent.

**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 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 opplysninger ved risikobedømmelse og oppgjør, har tilgang til opplysningene.

FORSIKREDES FULLSTENDIGE NAVN

FØDSELSNUMMER (11 SIFFER)

**Helseopplysninger**

1. HØYDE OG VEKT	CM	KG	MIDJEMÅL I CM (VALGFRITT)			
2. RØYKER DU DAGLIG, ELLER HAR DU RØKT DAGLIG I LØPET AV DE SISTE 2 ÅR?	Ja	Nei	HVIS JA, SPESIFISER NÆRMERE	PR. DAG	PR. UKE	HVIS DU HAR SLUTTET, NÅR?
3. OPPGI NAVN PÅ FASTLEGE ELLER LEGESENTER SOM DU VANLIGVIS BRUKER ELLER SOM BEST KJENNER DIN HELSETILSTAND.				NAVN OG ADRESSE		
4. HAR DU NOEN FYSISK ELLER PSYKISK SYKDOM ELLER SYMP- TOMER, SKADE, MEDFØDT LIDELSE ELLER FUNKSJONSSVIKT?	Ja	Nei	HVIS JA HVILKE?  SITUASJONEN IDAG			
5. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT: HJERTE-/KARSYKDOM? (F.EKS ANGINA PECTORIS, HJER- TEINFARKT, MEDFØDT HJERTEFEIL, HJERTESVIKT, KLAFFEFEIL, RYT- MEFORSTYRRELSER, BLODPROPP, HØYT BLODTRYKK, HØYT KOLES- TEROL ELLER DIABETES).	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?  NÅR?  HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?			
6. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT: SYKDOMMER I NERVESYS- TEMET OG/ELLER HJERNEN (F.EKS MIGRENE, GJENTATT HODEPINE, EPILEPSI, BESVIMELSE, LAMMELSER, SVIMMELHET, MULTIPPEL SKLE- ROSE, PARKINSONS, TIA (DRYPP), HJERNESLAG/HJERNEBLØDNING)	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?  NÅR?  HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?  DERSOM EPILEPSI ELLER MIGRENE OPPGI ANFALLSHYPPIGHET?			
7. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT LUNGESYKDOMMER (F.EKS ASTMA, BRONKITT, KOLS, EMPYSEM)?	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?  NÅR?  HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?			
8 .HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT SYKDOMMER I NYRER ELLER URINVEIER (F.EKS BLOD ELLER EGGEHVITE I URIN, VANNLATNING- SPROBLEMER)?	Ja	Nei	HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?  NÅR?  HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?			

**Helseopplysninger fortsetter**

- |   |    |     |   |
|---|----|-----|---|
| 9. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT SYKDOMMER I LEVER, GALLEBLÆRE, BUKSPYTTKJERTEL (F.EKS HEPATITT, FORSTØRRET LEVER, UNORMALE LEVERPRØVER, BETENNELSE I BUKSPYTTKJERTEL, GALLESTEN, BETENNELSE I GALLEBLÆREN)? | Ja | Nei | HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?                                    |
| 10. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT SYKDOMMER I FORDØYELSE-SORGANENE (F.EKS BETENNELSE I SPISERØR, REFLUKS, GASTRITT, MAGESÅR, ULCERØS KOLITT, CROHNS SYKDOM)?   | Ja | Nei | HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?                                    |
| 11. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT: KREFT, CELLEFORANDRINGER ELLER GODARTEDE SVULSTER, SJEKKET ELLER FJERNET FØFLEKKER?   | Ja | Nei | HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?<br><br>RESULTAT OG EVT. OPPFØLGING |
| 12. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT HUDSYKDOMMER (F.EKS PSORIASIS, EKSEM)?   | Ja | Nei | HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?                                    |
| 13. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT REVMATISKE SYKDOMMER (F.EKS LEDDGIKT, BEKHTEREVS, URINSYREGIKT).   | Ja | Nei | HVIS JA, OPPGI HVILKE SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN BEHANDLING FÅR DU/HAR DU FÅTT?                                    |

## Helseopplysninger fortsetter

- |   |    |     |   |
|---|----|-----|---|
| 14. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT ØYESYKDOMMER (F.EKS STERKT NEDSATT SYN, NETTHINNEAVLØSNING, REGNBUEHINNEBETENNELSE, GRÅ ELLER GRØNN STÆR)?   | Ja | Nei | HVIS JA,<br>OPPGI HVILKE<br>SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN<br>BEHANDLING FÅR<br>DU/HAR DU FÅTT?  |
| 15. HAR DU ELLER HAR DU TIDLIGERE HATT ØRE, NESE ELLER HALSSYKDOMMER (F.EKS NEDSATT HØRSEL, ØRESUS/TINNITUS)?   | Ja | Nei | HVIS JA,<br>OPPGI HVILKE<br>SYKDOMMER?<br><br>NÅR?<br><br>HVILKEN<br>BEHANDLING FÅR<br>DU/HAR DU FÅTT?  |
| 16. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR BLITT UNDERSØKT ELLER BEHANDLET AV LEGE ELLER PSYKOLOG?  | Ja | Nei | HVIS JA, NÅR?<br><br>AV HVEM?<br>(NAVN OG ADRESSE)<br><br>HVORFOR/<br>DIAGNOSE?<br><br>RESULTAT?  |
| 17. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR BLITT UNDERSØKT ELLER BEHANDLET AV FYSIOTERAPEUT, KIROPRAKTOR, NAPRAPAT, MANUELLTERAPEUT, MUSKELTERAPEUT ELLER LIGNENDE? DERSOM DU HAR HATT FLERE UNDERSØKELSER ELLER BEHANDLINGER, BES ALLE OPPGITT.   | Ja | Nei | HVIS JA, NÅR?<br><br>AV HVEM?<br>(NAVN OG ADRESSE)<br><br>HVORFOR/<br>DIAGNOSE?<br><br>RESULTAT?  |
| 18. HAR DU I LØPET AV 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?<br><br>AV HVEM?<br>(NAVN OG ADRESSE)<br><br>HVORFOR/<br>DIAGNOSE?<br><br>RESULTAT?<br><br>ER BEHANDLING/<br>KONTROLL<br>FORTSATT<br>AKTUELT? (JA/NEI) |

**Helseopplysninger fortsetter**

- |   |    |     |   |
|---|----|-----|---|
| 19. BRUKER DU ELLER HAR DU DE SISTE 5 ÅR BRUKT RESEPTBELAGTE MEDISINER/PREPARATER REGELMESSIG ELLER I PERIODER? HVIS DU BRUKER BLODTRYKKSMEDISIN, KOLESTEROLMEDISIN ELLER LIGNENDE, OPPGI VERDIER VED SISTE KONTROLL. | Ja | Nei | HVIS JA, HVILKE MEDISINER OG EVENTUELLE VERDIER? HVILKEN PERIODE? HVORFOR?<br><br>BRUKER DU FORTSATT MEDISINENE? (JA/NEI)                                 |
| 20. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR VÆRT SYKEMELDT I MER ENN 2 UKER SAMMENHENGENDE? DERSOM DU HAR HATT FLERE SYKEMELDINGSPERIODER, BES ALLE OPPGITT. GI EN NØYAKTIG BESKRIVELSE AV ÅRSAK.                                | Ja | Nei | HVIS JA, ÅRSAK TIL SYKEMELDING?<br><br>NÅR?<br><br>HVOR LENGE?<br><br>ER DU SYKEMELDT NÅ?   |
| 21. HAR DU PLANLAGT ELLER ER DU ANBEFALT NOEN FORM FOR UNDERSØKELSER, BEHANDLING ELLER OPERASJON?   | Ja | Nei | HVIS JA, HVA ER PLANLAGT OG EVT. NÅR?<br><br>HVOR?<br><br>ÅRSAK?  |
| 22. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 12 MÅNEDER TATT, ELLER ER DU BLITT HENVIST FOR Å TA MEDISINSKE PRØVER ELLER UNDERSØKELSER. F.EKS BLODPRØVER, RØNTGEN, CT, MR, ULTRALYD ELLER SPESIALIS- TUNDERSØKELSE?                 | Ja | Nei | HVIS JA, AV HVILKEN ÅRSAK?<br><br>HVA SLAGS PRØVER/ UNDERSØKELSER?<br><br>HVA BLE RESULTAT/ DIAGNOSEN?<br><br>HVOR?<br><br>ER DU FERDIG UTREDET? (JA/NEI) |
| 23. HAR DU I LØPET AV SISTE 5 ÅR HATT ELLER FÅTT BEHANDLING/ RÅDGIVNING FOR: UTBRENTHET/ UTMATTELSE, ANGST, DEPRESJON, SPISEFORSTYRRELSER, KONSEN- TRASJONSVANSKER ELLER ANDRE PSYKISKE PLAGER?                       | Ja | Nei | HVIS JA, NÅR?<br><br>BESKRIV PROBLEMET<br><br>VARIGHET?   |
| 24. DRIKKER DU ALKOHOL? (ØL, VIN, BRENNVIN)   | Ja | Nei | OPPGI ANTALL ENHETER PR. UKE (EN ENHET ER FOR EKSEMPEL ETT GLASS VIN, ELLER EN FLASKE ØL ELLER 4 CL SPRIT)  |
| 25. HAR DU BLITT BEHANDLET/ANBE- FALT BEHANDLING FOR ALKOHOL- MISBRUK?  | Ja | Nei | HVIS JA, NÅR OG HVOR BLE DU BEHANDLET/ ANBEFALT BEHANDLING?   |

**Helseopplysninger fortsetter**

26. BRUKER DU ELLER HAR DU I LØPET AV DE SISTE 10 ÅR BRUKT NARKOTISKE STOFFER OG/ELLER PRESTASJONSFREMMENDE MIDLER (DOPINGMIDLER, ANABOLE STEROIDER)
- Ja      Nei      HVIS JA, HVILKE STOFFER/MIDLER BRUKER/BRUKTE DU? NÅR?
27. SKAL DU OPPHOLDE DEG I KRIGSFARLIGE STRØK I DE KOMMENDE 24 MÅNEDER? HVIS JA – GI EN BESKRIVELSE.
- Ja      Nei      HVIS JA, NÅR? HVOR?

**Må fylles ut ved søknad om uføreforsikring/sykeavbruddsforsikring/helseforsikring**

28. HAR DU DE SISTE 10 ÅR SØKT OM ELLER FÅTT UFØREPENSIJON, ARBEIDSAVKLARINGSPENGER ELLER ANDRE UFØREYTELSER FRA NAV?
- Ja      Nei      HVIS JA, NÅR? HVORFOR? UTFALLET AV SØKNADEN
29. HAR DU FOR TIDEN REDUSERT ARBEIDSEVNE AV HELSEMESSIGE ÅRSAKER? MED DETTE MENER VI AT DU ER: SYKEMELDT, DELVIS SYKEMELDT, PÅ ARBEIDSAVKLARINGSPENGER, MIDLERTIDIG UFØR, UFØRETRYGDET, EVT. ANDRE GRUNNER.
- Ja      Nei      HVIS JA, HVORFOR?
30. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR I EN PERIODE PÅ MER ENN 2 UKER SAMMENHENGENDE HATT VONDT I/PROBLEMER MED MUSKLER, SKJELETT, SENER, LEDD ELLER HATT ANDRE DIFFUSE SMERTETILSTANDER?
- Ja      Nei      HVIS JA, KRYSS AV OG BESKRIV NEDENFOR:
- |  |        |                                      |         |
|--|--------|--------------------------------------|---------|
|  | RYGG   | NAKKE                                | SKULDER |
|  | KNE    | BEN                                  | HOFTE   |
|  | BEKKEN | DIFFUSE SMERTETILSTANDER             |         |
|  | ARM    | ØVRIGE PLAGER I LEDD, MUSKLER, SENER |         |
- NÅR OPPSTO PLAGENE?
- NÅR HADDE DU PLAGENE SIST?
- HVILKEN BEHANDLING HAR DU FÅTT FOR PLAGENE?
- BESKRIV PROBLEMET. VED PLAGER I KNE, ARM ELLER LIGNENDE, OPPGI OM DET ER HØYRE, VENSTRE ELLER BEGGE.

**Helseopplysninger fortsetter**

- |  |    |     |   |
|--|----|-----|---|
| 31. HAR DU I LØPET AV DE SISTE 5 ÅR VÆRT UTMATTET ELLER HATT UNORMAL TRETTHET I MER ENN 2 UKER? (med utmattelse og unormal tretthet mener vi uforklarlig slitenhet/energimangel som ikke skyldes stor aktivitet, og som ikke bedres ved hvile. Eller unormal tretthet som ikke skyldes mangel på søvn) | Ja | Nei | HVIS JA, NÅR OG VARIGHET?<br><br>PLAGER NÅ? |
|--|----|-----|---|

**Fylles bare ut ved søknad om forsikringen "Kritisk Sykdom"**

- |  |    |     |                                  |
|--|----|-----|----------------------------------|
| 32. HAR DU ELLER HAR DU HATT NOEN AV SYKDOMMENE SOM ER OMFATTET AV FORSIKRINGEN "KRITISK SYKDOM". KRITISK SYKDOM OMFATTER FØLGENDE SYKDOMMER: hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, hjernesvulst, MS, ALS (motornevro sykdom), lammelser, nyresvikt, blindhet, døvhhet, tap av taleevne, store brannskader, tap av ben og armer, organtransplantasjon, gjennomført hjerteoperasjon og Parkinsons sykdom (Parkinsons sykdom gjelder kun foreninger) | Ja | Nei | HVIS JA, GI NÆRMERE OPPLYSNINGER |
|--|----|-----|----------------------------------|
- 
- |   |    |     |   |                             |
|---|----|-----|---|-----------------------------|
| 33. HAR DINE FORELDRE ELLER SØSKEN LIDD AV: |    |     |   |                             |
| MULTIPPEL SKLEROSE?                         | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |
| HJERTE- OG KARSYKDOMMER FØR 65 ÅR?          | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |
| HJERNESLAG FØR 65 ÅR?                       | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |
| NYRESYKDOM FØR 65 ÅR?                       | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |
| DIABETES (SUKKERSYKE) FØR 65 ÅR?            | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |
| KREFT FØR 65 ÅR?                            | Ja | Nei | HVIS JA, HVOR MANGE HAR HATT SYKDOMMEN? | ALDER VED SYKDOMSINNTREDEN? |

**Annet - fyller ut ved alle**

- |   |              |
|---|--------------|
| 34. 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 |
|---|--------------|



**Erklæring og fullmakter**
**Generelt:**

1. Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått den informasjon som er gitt sammen med helseerklæringen ' Orientering om helseerklæringen'.
2. Jeg erklærer at 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 forsikringsselskapet si opp denne og mine andre forsikringsavtaler og det kan bli iverksatt straffeforfølgning overfor meg.
3. Jeg bekrefter at jeg ikke har fått utført blodtest som viser at jeg er hiv-positiv.
4. Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer innen 3 måneder etter at forsikrings søknaden er underskrevet, ikke gir erstatning for Kritisk sykdom, Uførekapital og Uførerente. Jeg er kjent med at sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og/eller symptomer innen 30 dager etter at forsikrings søknaden er underskrevet, ikke gir erstatning for Sykeavbrudd.

**Fullmakter**

5. Jeg samtykker i at selskapet for vurdering av søknaden og fastsettelse av korrekte priser og vilkår bruker de relevante helseopplysninger jeg avgir.
6. Jeg samtykker i at informasjon om f.eks sykdommer, helseplager og skader kun kan innhentes hos de leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet, samt fra NAV

- og andre forsikringsselskap. Ønsker selskapet informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt. Jeg samtykker i at personopplysninger, herunder helseopplysninger kan innhentes fra meg ved telefonintervju, og aksepterer at samtalen lagres i selskapets arkiv.
7. Jeg samtykker i at dersom selskapet finner å ville forelegge saken for Nemnda for helsevurdering, vil et kort anonymt resymé av min sykehistorie bli registrert i Nemnda med det formål å lage en erfaringsbase. Nemnda for helsevurdering er Finansnærings Hovedorganisasjons fellesorgan for helsevurdering og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra alle medlemsselskapene.
  8. Jeg samtykker i at mine helseopplysninger sendes til reassurandør i utlandet dersom Storebrand gjenforsikrer hele eller deler av avtalen.
  9. Jeg samtykker i at resultatet av min helsevurdering kan bli gjort kjent for forsikringstaker.
  10. at helseopplysninger fremkommet i denne egenerklæringen kan brukes både i Storebrand Helseforsikring AS og Storebrand Livsforsikring AS og utveksles mellom disse, samt arkiveres i begge selskaper.
  11. at Storebrand Helseforsikring AS kan registrere og videreformidle helseopplysninger til de aktuelle behandlingssteder, dersom jeg får behov for behandling.
  12. Dersom helseopplysningene medfører premietillegg, reservasjon, eller avslag vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskap som foretar registreringen, registreringsdato og særriisiko bli registrert i ROFF\*). Likeså er jeg kjent med at søknad om syke/uføreerstatning vil bli registrert i dette registeret.

\*)ROFF er et register som benyttes av forsikringsselskap tilknyttet Finansnærings 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.

**Helsebedømmelse pr. telefon**

TELEFONNUMMER

Dersom vi er i tvil om helseforhold har betydning for forsikringen, vil vi ofte be om ytterligere opplysninger, enten fra deg eller fra lege/behandler. I noen tilfeller vil det være enklest at en av våre helsebedømmere ringer til deg. Da er det fint om du har gitt oss ditt telefonnummer, og ønsket tidspunkt for oppringning. Samtalen blir tatt opp og lagret i vårt arkiv for å sikre at det ikke blir noen misforståelser.

Ønsket tidspunkt for oppringning:  
Ønsker å bli kontaktet mellom kl. 08 og 12

Ønsker å bli kontaktet mellom kl. 12 og 16

Nei, jeg ønsker ikke å bli oppringt av Storebrands helsebedømmer

**Underskrift Forsikrede**

JEG HAR KONTROLLERT AT ALLE OPPLYSNINGENE ER FULLSTENDIGE OG KORREKTE OG AKSEPTERER OVENSTÅENDE.

STED / DATO

UNDERSKRIFT

NAVN MED BLOKKBOKSTAVER

**For rådgivere**

NAVN

DISTRIKT\*

TEGNINGANSVARLIG

\* Distriktsnummer må fylles ut.