

Helseerklæring/bestillings skjema for SOP

Sykeavbruddsforsikring

Forsikringen kan kjøpes av medlemmer i SOP som er under 62 år. Søknaden må fylles ut av den som skal forsikres. Det er viktig at du leser og svarer på alle spørsmålene i helseerklæringen, oppgir nøyaktige tidspunkt og bruker norske betegnelser. Vær oppmerksom på at uriktige opplysninger i helseerklæringen kan få konsekvenser for forsikringen. **Bruk sort penn og blokkbokstaver.**

Ved flytting av tilsvarende forsikring fra annet selskap, trenger du bare å fylle ut side 1 på skjemaet, da kravet om helseerklæring er fraveket etter avtale med SOP.

Forutsatt at søknaden/helseerklæringen blir godkjent av Tryg, gjelder forsikringen fra den dato Marsh har mottatt fullstendig utfylt helseerklæring. Sykdom som viser symptomer de første 30 dagene etter at forsikringen trådte i kraft er likevel ikke dekket.

Symptomklausulen på 30 dager gjelder ikke dersom forsikringen flyttes fra annet selskap.

Enhver form for psykisk lidelse som viser symptom de første 12 måneder etter at forsikringen trådte i kraft, er heller ikke dekket. Dette gjelder ikke dersom forsikringen flyttes fra annet selskap, og søker allerede har ervervet rett til dekning av psykiske lidelser i løpende forsikring.

Husk å undertegne fullmakt på siste side.

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

SOP Sykeavbruddsforsikring
Postboks 1623 Vika
0119 Oslo
(Telefon 22 00 95 84)

Bestillingen gjelder

<input type="checkbox"/> Nytegning (fyll ut erklæringen på side 1-4) <input type="checkbox"/> Flytting fra annet selskap (fyll ut kun side 1, se ovenfor) <input type="checkbox"/> Økning av dagpengebeløp	Ved flytting fra annet selskap, må følgende bekreftes: <input type="checkbox"/> Jeg bekrefter at jeg ikke har vært sykmeldt mer enn 16 dager sammenhengende siste 24 måneder, og at eventuelle reservasjoner kan hentes inn fra tidligere selskap.
--	---

Fylles ut av den som skal forsikres

Fornavn	Etternavn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og poststed	
E-postadresse	Telefon	Avtalenummer på løpende forsikring
Dagpengebeløp, kroner	Karenstid, antall dager	
Undertegnede bekrefter at dagpengebeløpet ikke overstiger det reelle dagpengebehovet og at opplysningene som er gitt i dette skjema stemmer overens med det som kan dokumenteres ved et eventuelt skadeoppgjør. Undertegnede er kjent med at uriktige opplysninger, kan medføre at eventuell erstatning blir avkortet og at retten til å tegne forsikring eller til å være forsikret faller bort. Se Lov om forsikringsavtaler paragrafene 13-1a til 13-3.		

<input type="checkbox"/> Jeg aksepterer at forsikringsvilkårene for sykeavbruddsforsikringen gjøres tilgjengelig for meg via SOPs nettsider	<input type="checkbox"/> Jeg er innforstått med at forsikringen kan flyttes kollektivt av SOP
Sted og dato	Signatur

Fylles ut av Tryg		Agentnummer	
Merknad for Risikovurdering Helse	Sykeavbrudd <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reservasjon <input type="checkbox"/> Avslag	Risikovurdering	Dato og signatur

Helserklæring

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 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 søkt uførepensjon eller andre uføreytelser 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	Variighet	Grad	Diagnose/årsak

9 Bruker du eller har du brukt medikamenter regelmessig i løpet av de siste 10 årene? JA NEI
Hvis ja, oppgi hvilke medikamenter, når og hvorfor:

Medikament	Når	Variighet	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: _____
Legekontor: _____
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 Hjerter-/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 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 ryggsøylen 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 eller andre sykdommer i nervesystemet?

 JA NEI

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvilken behandling ble gitt:

p Depresjon, angst, søvnløshet, utbrenthet, nervøsitet, spiseforstyrrelser, spillavhengighet, psykiske lidelser?

 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

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

SOP Sykeavbruddsforsikring
Postboks 1623 Vika
0119 Oslo

Helseerklæringen danner utgangspunktet for helsevurderingen og sammen med statistikker om helse, uførhet og død, gir den et godt bilde av risikoen. Det er derfor viktig at erklæringen utfylles så riktig som mulig.

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.
3. Fullmakten nedenfor gir rett til å hente inn supplerende opplysninger om helsetilstanden til den som skal forsikres.
4. Hvis helseerklæringen fører til at forsikringen ikke kan tegnes eller det blir tatt reservasjon for spesielle forhold, vil vi gi skriftlig begrunnelse for dette.
5. Hvis helsetilstanden bedres, kan du søke om forsikring på ny, eller 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

Finans Norge har et register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Registeret brukes av forsikringsselskapene 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 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:
SOP Sykeavbruddsforsikring
Postboks 1623 Vika
0119 Oslo
(Telefon 22 00 95 84)

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 forsikringsselskaper 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 disse opplysningene fra meg, sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Tryg.

Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir avslått eller sagt opp, at erstatning ikke blir utbetalt, og at Tryg ved svik kan si opp alle forsikringene jeg har i selskapet.

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)	