



7 Er du sykmeldt eller har du vært sykmeldt mer enn 16 dager sammenhengende i de siste 5 år?  Ja Hvis ja, hvorfor?  Nei

	Hvilken lege/sykehus?	
	Hvor lenge, når?	Hvis friskmeldt, når?
8 Oppgi navn og adresse på fastlegen eller legesenteret du har brukt	Navn	
	Adresse	
Hvis du bruker annen lege enn fastlegen, oppgi navn og adresse	Navn	
	Adresse	
9 <b>Utdanning</b> Sett kryss ved høyeste fullførte utdanning (Besvares kun for uføreforsikring)	<input type="checkbox"/> Grunnskole	Hvis universitet/høyskole, angi grad/tittel og antall studieår
	<input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Universitet/høyskole	Annet/kommentar
10 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	

## FORSIKREDES ERKLÆRING OG FULLMAKT VEDRØRENDE HELSEERKLÆRINGEN

### Erklæring

Jeg erklærer med dette at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at mine opplysninger sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir sagt opp, at den ikke blir utbetalt, og at forsikrings-selskapet ved svik kan si opp de andre forsikringene jeg har i selskapet.

### Fullmakt

Jeg gir med dette fullmakt til å innhente de opplysninger om meg som for selskapet anses nødvendige og relevante for å vurdere min forsikrings-søknad. Denne fullmakt fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt.

Fullmakten er begrenset slik:

- Informasjon kan kun hentes inn hos de leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet samt fra trygdekontor og andre forsikrings-selskap.
- Ønsker selskapet informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt.
- Fullmakten omfatter ikke opplysninger som er mer enn 10 år regnet fra søknadsdato med mindre disse har sammenheng med helseopplysninger og helse-situasjon som er nyere enn 10 år.
- Fullmakten gjelder ikke genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikrings-selskapene etter Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.
- Fullmakten gjelder ikke taushetsbelagte opplysninger om andre personer enn den som har skrevet under.

Jeg er videre kjent med og samtykker i at:

- Nødvendige og relevante helse og skadeopplysninger kan innhentes fra andre forsikrings-selskap.
- Selskapet kan legge frem opplysninger om meg for Nevnden for helsebedømmelse for behandling.

Jeg er kjent med at:

- Dersom helseopplysningene eller særriksko medfører premietillegg, reservasjon (f.eks unntak for visse sykdommer eller plager) eller avslag på forsikring, vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikrings-selskap som foretar registrering og registreringsdato bli registrert i Register for forsikrings-søkere og forsikrede (ROFF). Det samme gjelder ved søknad om uføeerstatning. Forsikrings-selskapet kan videre innhente opplysninger fra registeret. Registeret blir slettet etter 10 år. Det er full innsynsrett i registeret etter personregisterlovens § 7, og forsikrede som ønsker de registrerte opplysningene kan henvende seg til Forsikrings-selskapet.
- Ubetaling fra forsikringen vil kunne kreve at det innhentes ytterligere opplysninger. Forsikrings-selskapet må da forelegge meg en ny fullmakt som jeg må underskrive før slike opplysninger kan innhentes. Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å innhente informasjon ved dødsfall.

## SIGNATUR

Sted/dato/år

Underskrift

## FYLLES UT AV FORSIKRINGSSELKAPET

Risikobedømmelse tekst

Dato

Risikobedømmelse

Hovedlege

Ansvarlig