

Forsikredes navn		Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse			
Telefon	Faks	E-postadresse	
Referanse nr.	Medlemmets navn	Medlemmets fødselsnummer	
<input type="checkbox"/> Død 500 000	<input type="checkbox"/> Uføre 500 000	<input type="checkbox"/> Død 1 000 000	<input type="checkbox"/> Uføre 1 000 000

ORIENTERING OM HELSEERKLÆRINGEN

1. Formålet med erklæringen

Handelsbanken Liv trenger informasjon for å vurdere hvilken risiko du representerer i forhold til de generelle statistikker om helse, uførhet og død. Det er slike statistikker som ligger til grunn for beregning av normale grunnpremier for en forsikring. God og riktig informasjon om din helsetilstand på søknadstidspunktet er derfor av stor betydning for å fastsette riktig pris og riktige vilkår for din forsikring. Det er viktig at du fyller ut søknadsskjemaet og fullmaktserklæringen fullstendig og sannferdig, slik at vi unngår mulige tvister mellom deg og Handelsbanken Liv når erstatning skal utbetales, ved at det er oppgitt feilaktige opplysninger om helsen på søknadstidspunktet.

2. Forsikringsselskapets bruk av dine svar

Dersom Handelsbanken Liv innhenter helseopplysninger fra leger, behandlere eller institusjoner som du har oppført i fullmaktserklæringen, eller fra trygdekontor eller annet livsforsikringsselskap som har registrert deg i Register for forsikringssøkere og forsikrede, vil du bli informert.

Hvis Handelsbanken Liv trenger ytterligere opplysninger f.eks. fra annen lege, vil du bli tilskrevet for å gi din fullmakt til dette.

Helseopplysninger som gis til Handelsbanken Liv blir behandlet konfidensielt. Selskapets ansatte har lovbestemt taushetsplikt.

Opplysningene du gir benyttes som grunnlag for selskapets helsebedømmelse. Helsebedømmelsen består i å vurdere deg og din helsesituasjon i forhold til generell helsestatistikk samt statistikk over personer med forskjellige typer forhøyet helserisiko. Hvis resultatet av helsebedømmelsen medfører at det blir et tillegg i premien, at forsikringen ikke kan tegnes (helt eller tidsbegrenset avslag) eller reservasjon (at forsikringen ikke gjelder for et spesielt helseforhold), vil du få skriftlig melding om dette. Du vil også kunne få skriftlig begrunnelse dersom du ber om det.

3. Annen registrering av helseopplysninger

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) har et register for forsikringssøkere og forsikrede. De selskap som til enhver tid er medlem av FNH har tilgang på registeret, og foretar registreringer der. Det står mer om innhold i registeret, sletting av opplysninger og muligheter for å få ut informasjon fra registeret i selve fullmaktserklæringen.

De fleste forsikringsselskap som er medlemmer av FNH er også medlem av Nemnden for helsebedømmelse. Dette er en nemnd for helsevurdering, og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra medlemsselskapene. Nemnden får saker fra selskapene når disse ikke selv klarer å finne ut av evt. reservasjon, tilleggspremie eller avslag ut fra de foreliggende helseopplysningene. Nemnden vil så gi en anbefaling av søknaden, men denne anbefalingen er kun veiledende. Et kort resymè av sykehistorien vil bli registrert i nemnden, og vil bli slettet etter 5 år.

4. Hva skal du opplyse om

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold. Vanlige barnesykdommer (i barndommen), forkjølelse, influensa o.l. er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

5. Behandling av erstatningskrav

Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å innhente informasjon ved dødsfall.

Ved krav om uføreerstatning kan det bli nødvendig å fylle ut nye fullmakter for å få utbetaling fra forsikringen.

6. Unødvendig informasjon

Dersom de dokumentene som sendes til Handelsbanken Liv inneholder informasjon som er unødvendig for saksbehandlingen, skal det etter retningslinjer gitt av Datatilsynet slettes eller sendes tilbake.

7. Endring av forbehold

Dersom du i din forsikringsavtale har fått forhøyet premie eller forbehold/reservasjon, men din helse i ettertid blir forbedret, kan du ta fornyet kontakt med Handelsbanken Liv og legge frem informasjon om dette. Handelsbanken Liv vil da vurdere om den nye informasjonen kan føre til en justering av betingelsene for din forsikringsavtale.

8. Gjenforsikring

I noen tilfeller er det aktuelt for Handelsbanken Liv å tegne forsikring i andre selskaper for å dekke seg ved utbetalinger til egne kunder. Dette er gjenforsikring. Hvis det er aktuelt for Handelsbanken Liv å gjenforsikre din forsikring, vil helseopplysningene dine kunne bli overført og registrert i gjenforsikringsselskapet. Dette skjer fordi gjenforsikringsselskapet også kan ha behov for dine helseopplysninger for å fastsette riktig pris for Handelsbanken Liv for gjenforsikring av din forsikring.

1	Har du bodd sammenhengende i Norge i de siste 5 år? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis nei. Oppgi i hvilke(et) land du har bodd i?		
2	Hva er ditt yrke (hva består arbeidet ditt av)?	Beskriv:		
3	Har du eller har du hatt arbeid som kan medføre helseisiko? (f.eks. løsemiddel, spesielle eller ensidige belastninger, støv, støy m.m) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Hvilket tidsrom? Fra – Til:	Hva slags arbeid?	
4	Har du for tiden redusert arbeidstid av helsemessige årsaker? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Av hvilken grunn?		
5	Har du noen fysisk eller psykisk funksjonshemming, mén etter skade eller medfødt lidelse ved legeme, syn, eller hørsel? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Hvilke(n)?		
6	Høyde - cm.	Vekt - kg.		
7	Bruker du en fast lege/legesenter? Hvis du ikke har noen fast lege/legesenter, vennligst oppgi den legen du var hos sist, og årsak til at du var der. <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Oppgi legens/legesenterets navn og adresse.		
		Årsak?		
8	Har du avtale om besøk hos lege, eller innleggelse på sykehus, eller annen helseinstitusjon? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Når?	Hvilken lege/sykehus/institusjon?	Av hvilken grunn?
9	Er du henvist for å ta, eller har du i løpet av det siste året tatt prøver, røntgenbilder, eller undersøkelser? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Hvilke prøver/undersøkelser?	Hvor? Navn og adresse:	Når?
			Av hvilken grunn?	Resultat/diagnose?
10	Har du i løpet av de siste 5 år vært undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, naturmedisiner, eller andre behandlere? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Når?	Hvor? Navn og adresse:	Resultat/diagnose?
			Av hvilken grunn?	
11	Har du i løpet av de siste 10 år vært innlagt eller vært til dagbehandling eller kontroll på sykehus, sykestue, klinikk, kursted, eller annen behandlingsinstitusjon? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Når?	Hvor? (navn, adresse)	Resultat/diagnose?
			Av hvilken grunn?	
12	Har du nå eller tidligere hatt noen av følgende sykdommer: Hjertesykdom, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjernesykdom, lungesykdom, diabetes (sukkersyke), kreft, nyresykdom, leversykdom, fordøyelsessykdom, sykdom i nervesystemet, hepatitt, eller annen sykdom av alvorlig karakter? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Hvilken sykdom(mer)?	Behandler lege? Navn og adresse:	
		Når hadde du sykdommen(e)?	Har du fortsatt sykdommen(e)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
13	Har du, eller har du hatt angst, depresjon, utbrenthet, spiseforstyrrelser eller andre nervøse lidelser, eller har du gått til samtaler eller behandling hos psykolog eller psykiater? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Beskriv:	Behandler lege? Navn og adresse:	
		Når hadde du lidelsen(e)? Fra – Til:	Har du fortsatt lidelsen(e)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
14	Bruker du for tiden eller har du i løpet av de siste 5 år brukt medisiner foreskrevet av lege? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Hvilke medisiner?	Av hvilken grunn?	Hvilken lege skrev ut resepten?
			Hvor lenge har du brukt medisinerene? Fra –Til:	
15	Har du fått diagnosen HIV-positiv? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Når ble diagnosen stilt?		
		Oppgi navn og adresse til legen/legesenteret som stilte diagnosen:		
16	Drikker du alkohol (øl, vin eller brennevin)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja →	Hvis ja. Angi gjennomsnittlig antall glass pr. uke? (Ølglass 30 cl./vinglass 15 cl./brennevin 4 cl.)		Antall glass: Øl: _____ Vin: _____ Brennevin: _____

17	Har du, eller har du hatt problemer med alkoholbruk, narkotika eller andre rusmidler/medikamenter, eller har du blitt anbefalt behandling for dette? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv:	Når hadde du problemene? Fra – Til:	Har du fortsatt problemer? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
		Har du blitt behandlet, eller blitt anbefalt behandling for dette? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Når ble du behandlet? Fra – Til:	Hvor ble du behandlet? Navn og adresse:
18	Røyker du eller har du røykt sigaretter, sigar, eller pipe daglig? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Hvor mye pr. dag?	Hvis du har sluttet. Hvor lenge er det siden?	
19	Skal du oppholde deg i krigsfarlige strøk i løpet av de kommende 24 måneder? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv hvor:		
20	Har du opplysninger om andre særlige forhold som du må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen ved å forsikre ditt liv eller helse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv:		
21	Har du nå eller tidligere søkt livsforsikring i annet selskap og fått avslag eller tilbud om forsikring mot forhøyet premie eller med helsemessige reservasjoner? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Når?	Årsak?	Hvilket selskap?
22	Har du fylt ut helseerklæringen selv? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis nei. Hvem har fylt ut helseerklæringen?		
		Årsak til at vedkommende har fylt ut helseerklæringen?		

TILLEGSSPØRSMÅL HVIS FORSIKRINGEN SKAL OMFATTE UFØREFORSIKRING

23	Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt eller problemer i mer enn 2 uker med rygg/nakke/skulder/arm? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv plagen(e):	Behandlet? Oppgi evt. leges navn og adresse.	Resultat/diagnose:
			Når hadde du plagene? Fra - Til:	Har du fortsatt plagen(e)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
24	Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt eller problemer i mer enn 2 uker med muskler/sener/ledd? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv plagen(e):	Behandlet? Oppgi evt. leges navn og adresse.	Resultat/diagnose:
			Når hadde du plagene? Fra – Til:	Har du fortsatt plagen(e)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
25	Har du i løpet av de siste 5 år i mer enn 2 uker hatt andre diffuse smertetilstander/ utmattethet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Beskriv plagen(e):	Behandlet? Oppgi evt. leges navn og adresse.	Resultat/diagnose:
			Når hadde du plagene? Fra - Til:	Har du fortsatt plagen(e)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
26	Har du vært sammenhengende sykemeldt eller under aktiv sykemelding i mer enn 2 uker i løpet av de siste 5 år? (Alle perioder skal oppgis) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Hva var årsaken(e) til sykemeldingsperiodene(n)?	Når? Fra –Til:	Hvilken lege sykemeldte deg? Oppgi navn og adresse:
		Har du fortsatt nevnte plage(r)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja. Hvilke plager?	

27	Har du søkt om, mottatt eller mottar du noen form for trygdeytelser (med trygdeytelser menes; yrkesrettet attføring, arbeidsmarkedstiltak, rehabilitering, uførepensjon, hjelpestønad eller grunnstønad)? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Når? Fra – Til:	Av hvilken grunn?	Ved hvilket trygdekontor? Navn og adresse:
		Hvilken ytelse?		Resultat av søknaden.
28	Har du søkt om utbetaling av uføreytelser (premie-fritak, uførerente, uførekapital, yrkesskade-erstatning) fra forsikringsselskap eller pensjonskasse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvis ja. Når?	Hvilket selskap?	Resultat av søknaden.
		Av hvilken grunn?		
29	Har du eller har du hatt andre sykdommer, skader eller plager utover det som er spurt om eller oppgitt tidligere? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ⇒	Hvilke?	Behandlerende lege? (Navn og adresse)	
		Hvis ja. Når? Fra – Til:	Er du frisk og uten mèn? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

Erklæring

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

Fullmakt

Jeg gir med dette Handelsbanken Liv fullmakt til å innhente de opplysninger som for Handelsbanken Liv anses nødvendige og relevante for å vurdere min forsikringssøknad.

Fullmakten er begrenset slik:

- Informasjon kan kun hentes inn hos de leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet samt fra trygdekontor, Register for forsikringssøkere og forsikrede (i FNH) og andre forsikringsselskaper som har gitt en anmerkning på meg i registreringskontorets søkerregister. Jeg gir også Handelsbanken Liv fullmakt til at de kan oversende kopi av helseerklæringen til de angitte leger, behandlere og institusjoner når de innhenter opplysninger de anser nødvendige og relevante.
- Ønsker (Handelsbanken Liv) 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 helsesituasjon som er nyere enn 10 år.
- Fullmakten gjelder ikke genetiske testbaserte opplysninger som Handelsbanken Liv 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:

- Denne fullmakt fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt.

- Opplysninger om meg om nødvendig kan legges frem for Nevnden for helsebedømmelse (i FNH) for behandling.
- Hvis helseopplysningene medfører at forsikringen utstedes på spesielle vilkår (f.eks. ved unntak for visse sykdommer), vil navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskapet som foretar registreringen, registreringsdato, evt. at det er særрисiko, registreres i Register for forsikringssøkere og forsikrede. I tillegg registreres søknader om uførerstatning. Registeret benyttes av forsikringsselskaper tilknyttet FNH for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. De registreringer som blir foretatt, blir slettet etter 10 år. Det er full innsynsrett i registeret etter personopplysningsloven § 18, og forsikrede som ønsker de registrerte opplysninger kan henvende seg til Handelsbanken Liv eller FNH.
- Handelsbanken Liv i forbindelse med krav om utbetaling ved død kan innhente de opplysninger de finner nødvendig.
- Jeg er også kjent med at utbetaling fra forsikringen vil kunne kreve at det innhentes ytterligere opplysninger. Handelsbanken Liv må da forelegge meg en ny fullmakt som jeg må underskrive før slike opplysninger kan innhentes
- Opplysninger om meg kan sendes til gjenforsikringsselskap dersom Handelsbanken Liv vil gjenforsikre hele eller deler av min forsikring

Jeg bekrefter samtidig at jeg har lest "orientering om helseerklæring"

Sted og dato

Forsikredes underskrift

