

Helseerklæring

Quality Assurance AS og
Moderna Liv & Pension



QUALITY ASSURANCE

Når du vil nytte eller gjøre endringer i en forsikring som gir erstatning ved sykdom, ulykkeskade eller dødsfall, trenger vi utfyllende opplysninger om din helse. Med korrekte opplysninger, kan vi gi riktig forsikring til rett pris.

Nyttige opplysninger om helseerklæringen

Helseerklæringen skal fylles ut av deg personlig. Helseerklæringen og de medisinske opplysningene er konfidensielle og behandles konfidensielt av Moderna Liv & Pension og hos våre reassurandører. Moderna Liv & Pension har rett til å be om opplysninger fra lege og nav, hvis det anses nødvendig for å kunne gjøre en korrekt vurdering av risiko.

Derfor er det viktig at du svarer på alle spørsmålene

Du er i gang med å tegne en viktig forsikring, eller å gjøre en forandring i din nåværende forsikring, som skal gi deg så god beskyttelse som mulig for deg og dine nærmeste dersom du skulle bli syk eller det skjer en ulykke. Generelt for sykdoms- og livsforsikringer er at du bare kan forsikre uventede hendelser som skjer i forsikringstiden.

Dersom du allerede har sykdom, skade eller funksjonshemming når du tegner forsikringen, kan dette begrense forsikringens omfang. Gir du uriktige eller ufullstendige opplysninger om din helse, kan det føre til at forsikringen ikke kommer til å gjelde hvis du skades, blir syk eller dør. Derfor, fyll ut spørreskjemaet korrekt, så oppstår det ingen uklarheter om hva forsikringen dekker. Tydelige avtaler tjener både du og vi på.

Prisen og hva forsikringen omfatter skal være rett

Prisen på dekningen av din forsikring bestemmes etter en individuell risikovurdering.

Opplysningene om din helse og dine arbeidsoppgaver er to viktige momenter som avgjør hva forsikringspremien din blir. Hvis det er høyere risiko for at du skader deg eller blir syk, kan enten premien bli høyere, forsikringsdekningen begrenses, eller begge deler. I noen tilfeller kan ikke forsikring tilbys.

Om Moderna Liv & Pension tilbyr forsikring med noen begrensinger eller forhøyet premie, har du selvfølgelig alltid rett til å avgjøre om du går med på de endrede vilkårene.

Vi jobber aktivt for at pris og forsikringens innhold skal være tydelig begrunnet.

Viktig å tenke på

Det er viktig at helseerklæringen kommer inn til Moderna Liv & Pension snarest mulig. Vi gjør oppmerksom på at helseerklæringen ikke er gyldig dersom den kommer tilbake til oss mer enn en måned etter at du undertegnet den. I så fall krever vi at du fyller ut og skriver under på en kontinuitetserklæring. Det er en forenklet helseerklæring som dekker perioden etter at den opprinnelige helseerklæringen ble utfylt. Sammen med en kontinuitetserklæring kan helseerklæringen gjelde i maksimalt 6 måneder. Etter det kreves en ny helseerklæring.

! Fyll i på alle sider

Forsikredes navn	Personnummer
------------------	--------------

Opplysninger om den som skal forsikres		
Navn	Personnummer	
<input type="checkbox"/> Hovedforsikret <input type="checkbox"/> Medforsikret		
Vennligst maker den typen forsikring du ønsker fra listen under. Kryss av i rett boks. Gruppelivforsikring: <input type="checkbox"/> Død med uførhet <input type="checkbox"/> Død med kritisk sykdom <input type="checkbox"/> Død med uførhet og kritisk sykdom <input type="checkbox"/> Kun død		
Adresse	Postnummer	Poststed
Telefon, privat	Telefon, arbeid	
E-post	Start dato for forsikringen	Fornyelsesdato:
Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Sivilstatus <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift	
Arbeidsgiver	Yrke	
Har du eller har du hatt lignende forsikring i et annet forsikringselskap? I så fall, hvilket?		
Når?	Hvilket?	

! Søknaden vil bli konfidensielt behandlet.
Hvert spørsmål skal besvares.

Helseerklæring	
Høyde i cm (uten sko)	Vekt i kg
Har du i løpet av de siste 5 årene vært sykemeldt (helt eller delvis) i mer enn 14 dager sammenhengende? Samtlige sykemeldingsperioder på mer enn 14 dager skal oppgis.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Når?	Hvor lenge?
Årsak:	Utskrivende lege, navn, adresse

Forsikredes navn	Personnummer
------------------	--------------

Helseerklæring for dødsrisikoforsikring, uførekapital og kritisk sykdom				
Har du eller har du tidligere hatt:		Når ble du undersøkt eller behandlet? Angi sykdom/plager	Navn på behandler, sykehus, avdeling, etc	Fortsatt plager, hvilke? Øvrige
Hjertesykdom? Trykkfølelse eller smerter i brystet(angina pectoris)? Hovne ben? Hjerteklapp? Uregelmessig hjerterytme eller pustebesvær?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
For høyt blodtrykk (oppgi blodtrykksverdien)? Hjerneblødning, karsykdom eller åreknuter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
For høye kolesterolverdier (angi verdi)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Astma eller annen lungesykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Sykdom i mage, tarmer, lever, bukspyttkjertel eller annet bukorgan? Gulsot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Sukkersyke? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Sykdommer i nyrene eller urinveiene? Prostatabesvær?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Svulster? Sykdom i lymfekjertler? Blodsykdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Epilepsi, krampeanfall, lammelser eller annen sykdom i nervesystemet? Ørhet? Besvinningsanfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Snorkeproblem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Øresykdom eller nedsatt hørsel? Ensidig eller dobbeltsidig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Øyesykdom eller nedsatt syn? Angi hvilken sykdom og om begge øynene er rammet. Ved nærsynthet på minst 8 dioptrier på et av øynene, oppgi dioptritallet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Hudsykdom, eksem, eller andre allergiske problemer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Struma, hormonell sykdom eller stoffskifteproblemer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Sykdom i underlivsorganer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

Forsikredes navn	Personnummer
------------------	--------------

Helseerklæring for dødsrisikoforsikring, uførekapital og kritisk sykdom				
Har du eller har du tidligere hatt:		Når ble du undersøkt eller behandlet? Angi sykdom/plager	Navn på behandler, sykehus, avdeling, etc	Fortsatt plager, hvilke? Øvrige
Har du i de siste 5 årene vært undersøkt eller behandlet av:	<input type="checkbox"/> lege <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> fysioterapeut <input type="checkbox"/> kiropraktor <input type="checkbox"/> naturmedisiner <input type="checkbox"/> eller behandler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du i forbindelse med bruk av:	<input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotika eller <input type="checkbox"/> medikamenter i løpet av det siste 10 år vært innlagt/ anbefalt innlagt eller vært til dagsbehandling på <input type="checkbox"/> sykehus <input type="checkbox"/> kursted, eller <input type="checkbox"/> annen behandlingsinstitusjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du eller har du tidligere hatt Ischias, skivebrokk, problemer med rygg, hofter, ben, nakke eller armer? Dersom du har blitt behandlet av fysioterapeut, kiropraktor eller lignende, skal dette angis.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Reumatisme i ledd? Annen sykdom eller nedsatt funksjon i ledd, muskler, eller sener?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har du i løpet av de siste 10 år søkt eller blitt anbefalt å søke innleggelse eller behandling på sykehus eller annen behandlingsinstitusjon i forbindelse med depresjon eller psykiske plager?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Røyker du? Hvis ja, oppgi gjennomsnittlig forbruk pr. dag. Når sluttet du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har du avlagt blodprøve for HIV (AIDS Virus) - test? Hvis ja, tidspunkt, sted og resultat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Bruker du eller har du brukt beroligende eller stimulerende midler (f. eks sovemidler, nervemedisin, narkotika) i mer enn 2 uker? Hvis ja, angi dose og resepskrivende lege.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har du i løpet av de siste 3 år brukt reseptbelagt medisin eller legemidler? Hvis ja, angi dose og resepskrivende lege.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har du noen gang søkt attføring eller urørepensjon fra folketrygden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

! Fyll i på alle sider

Forsikredes navn	Personnummer
------------------	--------------

Helseerklæring for dødsrisikoforsikring, uførekapital og kritisk sykdom

Har du eller har du tidligere hatt:	Når ble du undersøkt eller behandlet? Angi sykdom/plager	Navn på behandler, sykehus, avdeling, etc	Fortsatt plager, hvilke? Øvrige
Har du søkt om utbetaling av uføreytelser (premiefritak, uførenter, uførekapital, yrkesskadeerstatning) fra forsikringselskap eller pensjonskasse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du eller har du hatt andre sykdommer eller plager utover det som er spurt om/ oppgitt ovenfor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

Helseerklæring for kritisk sykdom

Har dine foreldre eller søsken hatt:	Hvilken sykdom?	Hvor mange?	Alder ved sykdomsdebut
Har dine foreldre eller søsken fått hjerneslag, nyresykdom, diabetes, kreft, hjerte- /karsykdom eller multipel sklerose før 65 års alder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		

Underskrift av den som skal forsikres

Jeg bekrefter at:

jeg selv har besvart og fylt ut helseerklæringen og at opplysningene er fullstendige og riktige.

Jeg er inneforstått med at:

de opplysningene som jeg har oppgitt på denne helseerklæring samt eventuelle tilleggsopplysninger skal ligge til grunn for forsikringsavtalen. Jeg er også inneforstått med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir ugyldig eller avkortning i erstatning. Tidligere helsebedømming i annet forsikringselskap vil også gjøres gjeldende ved et eventuelt skadeoppgjør.

Jeg godtar at:

leger, annet helsepersonell, sykehus eller annen helseinstitusjon, nav trygd, eller annen forsikringstilbyder kan overlevere til Moderna Liv & Pension, eller deres reassurandører, de opplysninger journaler, registrerte hendelser, erklæringer, mm som Moderna Liv & Pension anser som nødvendig for å håndtere søknaden om forsikring eller for å bedømme skadehendelse eller forsikringens gyldighet i fremtiden. Jeg godtar også at de opplysninger forsikringselskapet får om min helsetilstand, kan videreformidles til det reassuranseselskap som Moderna Liv & Pensjon benytter. Ovennevnte opplysninger kan bli ført inn i Moderna Liv & Pensions forsikringsregister. Dette kommer til å skje selv om forsikring ikke tilbys. Resultatet av behandlingen fremgår av forsikringsvilkårene.

Dato	Telefon dagtid inkl retningsnummer	Personnummer
Underskrift		
Navn i blokkbokstaver		