



ace europe



Advokatforeningen

EGENERKLÆRING OM HELSE

INDIVIDUELL HELSEERKLÆRING

Arbeidsgivers navn		
Arbeidstakers navn	Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse	Postnr.	Poststed

ERKLÆRINGEN GJELDER

Firmaavbrudd Sykeavbrudd Kritisk sykdom Annen

ORIENTERING OM HELSEERKLÆRINGEN

1. Formålet med erklæringen

ACE trenger informasjon for å vurdere hvilken risiko du representerer i forhold til de generelle statistikker som ligger til grunn for beregning av normale grunnpremier for en forsikring. God og riktig informasjon om din helsestilstand 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 ACE når erstatning skal utbetales, ved at det er oppgitt feilaktige opplysninger om din helse på søknadstidspunktet.

2. Forsikringselskapets bruk av dine svar

Dersom ACE innhenter helseopplysninger fra leger, behandlere, institusjoner, som du har oppført i fullmaktserklæringen, eller fra trygdekontor vil du bli informert. Hvis ACE trenger ytterligere opplysninger f.eks. fra annen lege, vil du bli tilskrevet for å gi din fullmakt til dette. Helseopplysninger som gis til ACE blir behandlet konfidensielt. Selskapets ansatte har lovbestemt taushetsplikt. Opplysningene du gir benyttes som grunnlag for selskapets helsebedømmelse. Helsevurdering innebærer en analyse av din helsesituasjon i forhold til gjeldende helsestatistikk. Dersom resultatet av helsevurderingen fører til premieforhøyning, helt eller tidsbegrenset avslag eller reservasjoner, vil du få skriftlig melding om dette.

3. 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, lett sesongbetont allergi o.l. er det ikke nødvendig å gi opplysninger om. Dersom du er i tvil om det skal opplyses om et forhold eller ikke, bør du likevel gi opplysningene. Dette fordi det er viktig med korrekte og fullstendige svar på spørsmålene.

4. Behandling av erstatningskrav

Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å innhente informasjon ved dødsfall. Ved krav om uføeerstatning kan det bli nødvendig å fylle ut nye fullmakter for videre behandling av erstatningskravet.

5. Unødvendig informasjon

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

6. Endring av forbehold

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

7. Gjensikring

I noen tilfeller er det aktuelt for forsikringselskapet å tegne forsikring i andre selskaper for å dekke seg ved utbetalinger til egne kunder. Dette er gjensikring. Ved slike avtaler reduserer selskapet sin egen risiko for store utbetalinger og ved høy risiko ved at det får noe av sitt tap/sin utbetaling tilbake fra gjensikringselskapet. Hvis det er aktuelt for ACE å gjensikre din forsikring, vil helseopplysningene dine kunne bli overført og registrert i gjensikringselskapet. Dette skjer fordi gjensikringselskapet også kan ha behov for dine helseopplysninger for å fastsette riktig pris for ACE for gjensikring av din forsikring.

8. ACE behandler personopplysninger i henhold til lov av 14. april 2000 nr. 14 om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven) og tilhørende forskrifter. De personopplysninger som oppgis av ACE, og andre personopplysninger som er relevante for forsikringsforholdet, vil bli registrert og behandlet av ACE for det formål å administrere og gjennomføre forsikringsavtalen, herunder behandle eventuelle krav under forsikringsavtalen, samt for å håndtere utbetalings- og faktureringsrutiner.

9. Forsikringstaker har i henhold til gjeldende lov om personopplysninger av 14. april 2000 nr. 13 § 18 rett til å få innsyn i hvilke opplysninger om en selv ACE behandler, og hvilke sikkerhetstiltak ACE har iverksatt, og man kan når som helst kontakte ACE for retting av mangelfulle opplysninger, jfr. Personopplysningsloven § 27. Behandlingsansvarlig for opplysningene er ACE Insurance S.A.N.V med adresse Stortorvet 3, 0155 OSLO. Henvendelser vedrørende behandling av personopplysninger kan rettes til produktansvarlig.



Helseerklæring uten legeundersøkelse

Søknaden vil bli konfidensielt behandlet!

Etternavn, fornavn

Fødselsnummer (11 siffer)

Yrke/stilling

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Har du noen fysisk eller psykisk funksjonshemning, mén etter skade, sykdom eller medfødt lidelse ved legeme, syn eller hørsel?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, hvilke(n)?				
2. Har du eller har du hatt arbeid som kan medføre helseisiko (f. eks. løsemidler, 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?		
3. 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?		Av hvilken grunn?	
4. 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, når?	Hvilke prøver/undersøkelser?		Hvor? Resultat?	
5. Har du fått utført blodtest/annen undersøkelse som viser at du er HIV-positiv?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja; På grunn av stor usikkerhet om utviklingen av AIDS-sykdommen, kan personer med positiv HIV-test vanligvis ikke få forsikring. Hvis du har krysset ja, vil vår helseavdeling tilskrive deg for nærmere opplysninger.				
6. Hvem er din fastlege/ditt faste legesenter?	Oppgi legens/legesenterets navn og adresse:					
7. Har du vært i kontakt med annen lege/spesialist for konsultasjon, undersøkelse eller behandling? (f.eks. bedriftslege)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?		Resultat?	
		Av hvem? (navn/adresse)				
8. Har du i løpet av de siste 5 år vært undersøkt eller behandlet av: <input type="checkbox"/> kiropraktor <input type="checkbox"/> naturmedisiner <input type="checkbox"/> lege <input type="checkbox"/> psykolog <input type="checkbox"/> fysioterapeut <input type="checkbox"/> andre behandlere?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?		Resultat?	
		Av hvem? (navn/adresse)				
9. Har du i løpet av de siste 10 år vært innlagt eller vært til dagbehandling på <input type="checkbox"/> sykehus <input type="checkbox"/> sykestue <input type="checkbox"/> klinikk <input type="checkbox"/> kursted <input type="checkbox"/> annen behandling sinstitusjon	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?		Resultat?	
		Hvor? (navn/adresse)				
10. Har du i forbindelse med bruk av <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotika <input type="checkbox"/> medikamenter <input type="checkbox"/> anabole steroider i løpet av de siste 10 år vært innlagt/anbefalt innlagt eller vært til dagbehandling på <input type="checkbox"/> kursted <input type="checkbox"/> sykehus <input type="checkbox"/> annen behandling sinstitusjon	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?		Resultat?	
		Av hvilken lege? (navn/adresse)				
11. Har du i løpet av de siste 10 år søkt eller blitt anbefalt å søke innleggelse eller behandling på sykehus eller annen behandling sinstitusjon i forbindelse med depresjon, utbrenthet eller psykiske plager?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Hvor? (navn/adresse)			
		Av hvilken lege/psykolog? (navn/adresse)				
12. Har du i løpet av de siste 5 år vært helt eller delvis sykemeldt i mer enn 2 uker sammenhengende?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?			
		Hvor lenge? uker				
13. Har du vært utsatt for noen ulykke eller blitt påført skade som har medført legebehandling eller arbeidsuførhet?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, beskriv:				Mén?
		Når, hvilken lege?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
14. Høyde og vekt	Høyde - cm.:		Vekt - kg.:			
15. Røyker du sigaretter, sigarer eller pipe daglig?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, oppgi gjennomsnittlig forbruk pr. dag i antall:				
Har du tidligere røkt sigaretter, sigarer eller pipe daglig?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Når sluttet du?		Hvor mye røykte du før du sluttet?		

16. Drikker du alkohol?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, oppgi gjennomsnittlig forbruk pr. uke i antall glass: Øl (ikke lettøl): glass (30 cl.) Vin: glass (15 cl.) Brennevin: glass (3,7 cl.)		
17. Er du frisk og ved god helse?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis nei, presiser:		
18. Er du 100% arbeidsfør?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis nei, av hvilken grunn?	Hvilken lege skrev ut sykemelding? (navn/adr.)	
Er du nå sykemeldt eller under attføring?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, av hvilken grunn?	Hvilken lege skrev ut sykemelding? (navn/adr.)	
19. Selv om dette er lidelser/forhold som du kan ha opplyst om under de andre spørsmålene, ber vi om opplysninger om spesielle lidelser. Har du, el. har hatt?		Hvis ja, når?	Beskriv lidelsen:	
• Kreft?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Noen form for hjertesykdommer?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Høyt blodtrykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Lavt blodtrykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Sukkersyke?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Lungesykdommer?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Sykdommer i nervesystemet?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Annen alvorlig sykdom?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
• Hudsykdom?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
20. Har du, i løpet av de siste 5 år, i mer enn 2 uker hatt vondt i/problemer med:		Hvis ja, når?	Beskriv lidelsen:	Har du fremdeles vondt/problemer:
<input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> nakke <input type="checkbox"/> skulder <input type="checkbox"/> arm	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
<input type="checkbox"/> sener <input type="checkbox"/> ledd <input type="checkbox"/> muskler <input type="checkbox"/> hofte	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
<input type="checkbox"/> diffuse smertetilst. <input type="checkbox"/> utmattethet	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
<input type="checkbox"/> depresjoner <input type="checkbox"/> angst	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶			
21. Bruker du eller har du brukt beroligende eller stimulerende midler (f.eks. sovemidler, nervemedisin, narkotika, anabole steroider) i mer enn to uker?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, hvilke midler?	Hvilket tidsrom?	Av hvilken grunn?
		Av hvilken lege ble midlene foreskrevet? (navn/adresse)		
22. Har du i løpet av de siste 5 år brukt reseptbelagt medisin eller legemidler foreskrevet av lege for minst 14 dagers sammenhengende bruk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, hvilke midler?	Hvilket tidsrom?	Av hvilken grunn?
		Av hvilken lege ble midlene foreskrevet? (navn/adresse)		
23. Har du noen gang søkt attføring eller uførepensjon fra folketrygden?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?	Resultat av søknaden?
24. Har du søkt om utbetaling av uføreytelser (premiefritak, uførerente, uførekapital, yrkesskadeerstatning) fra forsikrings-selskap eller pensjonskasse?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Av hvilken grunn?	Resultat av søknaden?
25. Har du eller har hatt andre sykdommer eller plager utover det som er spurt om/oppført ovenfor?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, når?	Hvilke?	
26. Vet du om du skal foreta deg noe som utsetter deg for særlig risiko de nærmeste 2 år? Som særlig risiko regnes eksempelvis opphold i krigsfarlige strøk, vitenskapelige ekspedisjoner o.l.	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja ▶	Hvis ja, beskriv:		
27. 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:		
28. Tilleggsopplysninger. Evt. andre opplysninger som kan ha betydning for søknaden:				
.....				
.....				
.....				
.....				

Forsikringsøkers erklæring og fullmakt ved søknad om forsikring

Erklæring:

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

Fullmakt:

Jeg gir med dette ACE fullmakt til å innhente de opplysninger som for selskapet ansees nødvendige og relevante for å vurdere min forsikringssøknad.

Fullmakten er imidlertid begrenset slik:

1. Informasjon kan kun hentes fra de leger, behandlere, institusjoner og forsikringselskaper jeg har oppgitt i dette skjemaet, samt fra mitt trygdekontor.
2. Ønsker ACE informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt.
3. 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.
4. Fullmakten gjelder ikke genetiske testbaserte opplysninger som forsikringselskapet etter bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

5. Fullmakten gjelder ikke taushetsbelagte opplysninger om andre personer enn den som har skrevet under.

6. Denne fullmakten fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt.

7. Opplysninger om meg kan sendes til gjenforsikringsselskap dersom ACE vil gjenforsikre hele eller deler av min forsikring.

8. ACE kan i forbindelse med krav om utbetaling ved død innhente de opplysninger som selskapet finner nødvendig.

9. Jeg er også kjent med at utbetaling fra forsikringen vil kunne kreve at det innhentes ytterligere opplysninger. ACE må da forelegge meg en ny fullmakt som jeg må underskrive før slike opplysninger kan innhentes.

10. Dersom erklæringen om helse gjelder Firmaavbruddsforsikring gir jeg med dette fullmakt til at mitt firmas kontaktperson kan samle inn helseerklæring i lukket konvolutt for at disse felles blir videresendt til ACE.

Ved et eventuelt avslag eller ved eventuelle reservasjoner i forsikringen gir jeg ACE fullmakt til å informere min arbeidsgiver om dette. ACE vil i slike tilfeller ikke opplyse om årsaken til reservasjonen eller avslaget.

Jeg bekrefter at jeg har lest "Orientering om helseerklæringen".

Underskriftsdato (dato/måned/år)

Forsikredes underskrift

.....

.....

ACE Insurance S.A.-N.V.

Stortorvet 3, 0155 Oslo

Telefon: 23 31 54 40 - Telefax: 23 31 54 41

E-mail: kundeservice@ace-ina.com