

Egenerklæring om helse

Vær oppmerksom på at hver søker må bekrefte og signere denne egenerklæringen om helse. Søkeren må svare på alle spørsmålene nedenfor, både for seg selv og den eller de som søkeren søker på vegne av.

Jeg erklærer herved at jeg i løpet av de 10 siste årene ikke har vært på sykehus, klinikk eller hos medisinsk spesialist for å få behandling, oppfølging eller overvåking, og er heller ikke under utredning*, for noen av de følgende sykdommene:

- Kreft eller annen ondartet vekst, inkludert Hodgkins sykdom
 - Alle typer pre maligne tilstander eller in-situ-kreft, inkludert, men ikke begrenset til, pre maligne tilstander i bryst / de kvinnelige kjønnsorganer, blære eller prostata
 - Enhver type tumor eller cyste i hjernen, hodeskallen eller ryggmargen
 - Alle former for diabetes
 - Leukemi eller blodsykdommer som trenger behandling i mer enn én måned (for eksempel aplastisk anemi, lymfom, myelom, koagulasjonssykdommer, hemofili eller vaskulære blødningssykdommer)
 - Alle former for hjertesykdom eller sirkulasjonsforstyrrelser (for eksempel hjerteinfarkt, infarkt, angina, kardiomyopati, hjerte- eller karmisdannelser eller -sykdommer, hjerteklaffsykdommer eller bilyder eller revmatisk feber (Du kan bekrefte dette spørsmålet hvis du bare behandles for høyt blodtrykk og/eller høyt kolesterol))
 - Misdannelser eller sykdommer i hjernen og nervesystemet (f.eks. slag, hjerneblødning, transitorisk iskemisk angrep (TIA), hjerneskade eller hjernetumor)
 - Alle former for kroniske og irreversible sykdommer i leveren, nyrene, bukspyttkjertelen eller lungene (med unntak av astma) eller kroniske infeksjoner (f.eks. hepatitt B, C eller HIV)
- *) Hvis du for tiden venter på resultatene av diagnostiske tester bør du vente med å motta resultatene for å kunne effektivt og nøyaktig fullføre erklæring helse.*

Erklæring og fullmakt

Generelt

1. Jeg forstår / samtykker i at det å signere dette søknadsskjemaet ikke forplikter noen av partene til å fullføre tegningen av forsikringen.
2. Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig og fullstendig som mulig og jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre at selskapets ansvar settes ned eller faller helt bort, jfr. Forsikringsavtalelovens kap. 13.

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

3. Jeg bekrefter og samtykker i at dette søknadsskjemaet og alle tilhørende skjemaer kan lagres på papir eller elektronisk av forsikringsgiveren, og at det også kan brukes av andre som forsikringsgiveren har autorisert til å administrere denne forsikringen.
4. Forsikringsgiveren bruker også opplysningene jeg har oppgitt til å behandle krav jeg fremsetter under denne forsikringen. Jeg forstår at de også kan ha behov for å innhente og bruke sensitive opplysninger og personopplysninger for å utføre dette arbeidet.

JEG HAR KONTROLLERT AT ALLE OPPLYSNINGENE ER FULLSTENDIGE OG KORREKTE OG AKSEPTERER OVENSTÅENDE (hvis søker er under 18 år må en forelder signere på vegne av søker)

 Dato

 Forsikringstaker/forsikredes navn med blokkbokstaver

 Forsikringstaker/forsikredes signatur