

Helseerklæring for barn under 18 år



Formidlet av Nordea

Helseerklæringen fylles ut av den som skal forsikres. Hvis barnet er under 16 år fylles erklæringen ut av foresatte. Det er viktig at du leser og svarer på alle spørsmålene, oppgir så nøyaktige tidspunkt som mulig og bruker norske betegnelser.

Grunndekning er obligatorisk for å kjøpe dekninger under de ulike forsikringene. Sett kryss for om helsevurderingen gjelder nytegning eller utvidelse av en forsikring du allerede har. Bruk sort penn og blokkbokstaver.

Forutsatt at erklæringen blir godkjent, gjelder forsikringen fra vi mottok erklæringen ferdig utfyllt og underskrevet. Sykdom som viser symptomer de første 90 dagene (karenstid) etter at forsikringen trådte i kraft er likevel ikke dekket. Ved flytting fra annet selskap anbefaler vi derfor at du ikke sier opp forsikringen før helseerklæringen er godkjent og karenstiden er utløpt.

Husk å undertegne fullmakten på siste side.

Barn og ungdom Ekstra (sett kryss)

Kjøpes fra 3 måneder til 18 år. Kan gjelde til 26 år.	Ny-tegning	Har allerede
Grunndekning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utvidet sum invaliditet kr 500.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utvidet sum invaliditet kr 1 million	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstatning ved arbeidsuførhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingsforsikring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlingsforsikring (sett kryss)

Kjøpes fra 3 måneder. Kan gjelde til 75 år.	Ny-tegning	Har allerede
Grunndekning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysikalske behandlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog- og krisehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvidet hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barneulykke (sett kryss)

Kjøpes fra 0–16 år. Kan gjelde til 20 år.	Ny-tegning	Har allerede
Skade etter ulykke (trenger ikke helsevurdering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvalgte sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(OBS: Fyll ut kun side 1 og 4)

Fylles ut av forsikringstaker

Barnets navn		Fødsels- og personnummer (11 siffer)	
Forsikringstakers navn		Fødsels- og personnummer (11 siffer)	
Adresse		Postnummer og poststed	
E-postadresse		Telefon	Telefon
Avtalenummer på forsikringen din i Tryg	Ved overføring fra annet selskap, navn på selskapet		Opphørsdato i tidligere selskap
Ved å undertegne denne erklæringen begunstiger jeg forsikrede (barnet) ved medisinsk invaliditet og arbeidsuførhet. I tillegg begunstiger jeg forsikrede ved økonomisk trygghet ved alvorlige tilstander, dagpenger og merutgifter til nødvendige pleie og tilsyn når forsikrede er myndig. Begunstigelsen er ikke endelig og som forsikringstaker kan jeg endre den på et senere tidspunkt.		Sted og dato	Underskrift forsikringstaker

Helseerklæring ved søknad om Barnelulykke med utvalgte sykdommer

Fylles ut av foresatte

1 Har barnet vært undersøkt eller behandlet eller fått diagnose for en av følgende sykdommer?

Kreft	Multipel sklerose (MS)	Cystisk fibrose	Leddgikt	Nyre- lidelser	Ulcerøs colitt	Morbus Chron	Calvé-Lègè-Perthes	Brannskader med større utbredning og følgetilstander	Utviklingsfeil i ryggen med scoliose (ryggskjevhet)
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

2 Hvis du har svart ja på noen av de forrige spørsmålene

Hvilken sykdom og når	Lege/poliklinikk/sykehus som behandlet/undersøkte barnet?	Hvilke medisiner blir eller ble brukt?	Er barnet operert, eller skal det opereres? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
			Hvis ja, når?

Fylles ut av Tryg			Tilbuds-/avtalenr.			Agentnr.										
Anmerkning reg. I	Grunndekning <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Avslag	Utvidet sum <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Avslag	Behandlingsforsikring <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Avslag	Erstatning ved arbeidsuførhet <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Avslag	Barneulykke - utvalgte sykdommer <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Avslag	Risikovurdering										Dato og signatur

Helseerklæring

Hvis du svarer ja på spørsmålene, må du gi utfyllende opplysninger i feltene til høyre. Bruk gjerne eget ark. Du trenger ikke å opplyse om vanlige barnesykdommer, forkjølelse, influensa og lignende. Forhold som er eldre enn ti år trenger du bare å opplyse om hvis det påvirker helsetilstanden i dag.

Fylles ut av foresatte eller barn over 16 år

1	Har barnet mottatt eller mottar barnet ytelser fra folketrygden? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, grunnstønad fra når	Hjelpestønad fra når	Årsak til ytelsen			
2	Barnets fødselsvekt i gram gr	Barnets høyde og vekt i dag Høyde i cm Vekt i kg	Var barnet født for tidlig? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, når født (graviditetsuke):	Forekom det komplikasjoner i svangerskapet, ved fødselen eller i løpet av de første 3 levemånedene? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, hvilke?		
3	Bruker barnet eller har barnet brukt reseptbelagte medisiner? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Hvilke medisiner?	Fra når og hvor lenge?	Årsak til medisinbruk?	Er barnet erklært frisk? Hvis ja, når? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Har barnet plager av dette i dag? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4	a Har barnet hatt leverbetennelse eller hepatitt type A, B eller C? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja						
	b Har barnet fått diagnosen HIV-infeksjon? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja						
	c Har barnet gjennomgått eller blitt behandlet for tuberkulose? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja						
5	Har barnet eller har barnet hatt en eller flere av følgende sykdommer, plager eller tilstander?						
	Sykdom, plage eller annen tilstand	Hvilken tilstand og når?	Lege/psykolog/psykiater/poliklinikk/sykehus som behandlet/undersøkte barnet	Ble eller blir det brukt medisiner?	Er barnet operert eller skal det opereres? Hvis ja, når? Resultat?	Er barnet ferdigbehandlet og friskt? Hvis ja, når?	Har barnet plager av dette i dag?
a	Hjertesykdom eller andre hjerte- og karlidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
b	Sykdommer i mage, tarm eller urinveier <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
c	Hormonelle lidelser, stoffskiftelidelser, sukkersyke (diabetes) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
d	Medfødte misdannelser, sykdommer, kromosomfeil eller fødselsskader <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
e	Psykiske plager eller problemer knyttet til adferd eller utvikling <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Utviklingsavvik, ADHD og beslektede tilstander <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Lese- og skrivevansker (dysleksi) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Angst/uro/panikkangst <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	Psykosar, andre psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

5 Har barnet eller har barnet hatt en eller flere av følgende sykdommer, plager eller tilstander?						
Sykdom, plage eller annen tilstand	Hvilken tilstand og når?	Lege/psykolog/psykiater/poliklinikk/sykehus som behandlet/undersøkte barnet	Ble eller blir det brukt medisiner?	Er barnet operert eller skal det opereres? Hvis ja, når? Resultat?	Er barnet ferdigbehandlet og friskt? Hvis ja, når?	Har barnet plager av dette i dag?
f Nevrologiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Epilepsi <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Kramper eller feberkramper <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Lammelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Cerebral parese eller andre motoriske skader og utviklingsfeil <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
g Kreftsykdom <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
h Revmatiske sykdommer eller muskel- og skjelettlidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
i Eksem, psoriasis eller andre hudlidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
j Allergiske lidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Matallergi eller matintoleranse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
k Sykdommer i luftveiene og/eller øre-/nese-/halslidelser <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Redusert hørsel <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Dren i øret? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Dren falt ut? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Resultat av hørselsprøve:			
6 Er barnet blitt undersøkt av lege eller annet helsepersonell i forbindelse med skader, ulykker eller andre tilstander? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvis ja, besvar underspørsmål)						
Hvis ja, hvilken skade eller tilstand?		Hvor ble barnet undersøkt?		Når?	Resultat	
Har dette medført fysiske eller psykiske ettervirkninger? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Har dette gitt funksjonshemming? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Har dette gitt sykdommer? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		
7 Er barnet under utredning for sykdom, plage eller annen tilstand? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, hvilken sykdom, plage eller tilstand?				
8 Har du noen grunn til å tro at barnet har noen sykdom, kroppsfeil, fysisk eller psykisk handikap som ikke fremgår av spørsmålene i helseskjemaet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, hvilke forhold:				

Orientering om helseerklæringen

Helseerklæringen danner grunnlaget for helsevurderingen. Sammen med statistikker om helse, uførhet og død gir den et godt bilde av risikoen. Det er viktig at søknadsskjemaet og fullmaktserklæringen fylles ut fullstendig og sannferdig. Slik unngår vi at det oppstår konflikter om erstatning fordi det er gitt uriktige helseopplysninger på søknadstidspunktet. Etter loven har du som forsikringssøker også plikt til å gi slik informasjon.

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse
internpost 1D1
Postboks 7070
5020 Bergen

1. Hvem skal fylle ut skjemaet?

Den som skal forsikres (forsikrede) må selv fylle ut skjemaet. Spørsmål og svar skal ikke diskuteres med selskapets representant. Hvis barn under 16 år skal forsikres, må barnets foresatte fylle ut helseerklæringen på vegne av barnet.

2. Hvor detaljert skal svarene være?

Ved tvil om hvor detaljert svarene skal være, er det bedre å ta med for mye enn for lite.

3. Hva skal det opplyses om?

Det skal opplyses om alle de forholdene det blir spurt om. Dette gjelder selv om forholdene er tilbake i tid og forsikrede nå er frisk. Det skal opplyses om både fysiske og psykiske forhold.

I tillegg skal det av eget tiltak opplyses om forhold ved helsetilstanden som er av vesentlig betydning for helsevurderingen.

Vanlige barnesykdommer (I barndommen), forkjølelse, influensa og lignende er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

4. Hva brukes helseopplysningene til?

Helseerklæringen er grunnlaget for helsevurderingen. Ved helsevurderingen vurderer vi helsesituasjonen i forhold til generelle helsestatistikker og statistikker over personer med spesiell helserisiko.

Hvis helsevurderingen fører til at forsikringen ikke kan tegnes eller det blir tatt reservasjon for spesielle helseforhold, vil vi gi skriftlig begrunnelse for dette.

5. Utfyllende helseopplysninger

Vi vurderer ut fra helseerklæringen om det er nødvendig å hente inn flere helseopplysninger. Fullmakten er grunnlaget for at denne informasjonen kan hentes inn fra leger, behandlere, NAV, andre forsikringsselskaper og institusjoner. Hvis vi henter inn slik informasjon, vil vi informere om det.

6. Taushetsplikt

Vi behandler helseopplysningene konfidensielt. Selskapets ansatte har lovbestemt taushetsplikt.

7. Innsynsrett

Forsikrede har full innsynsrett i de helseopplysningene som er hentet inn. Se Lov om behandling av personopplysninger paragrafene 18 og 23.

8. Unødvendig informasjon

Hvis dokumentene som sendes til oss inneholder opplysninger som ikke er nødvendig for saksbehandlingen, vil disse bli slettet eller sendt tilbake i tråd med konsepsjon som er gitt av Datatilsynet. Se Lov om behandling av personopplysninger paragraf 28.

9. Hva skjer hvis helsetilstanden bedres?

Hvis helsetilstanden bedres etter at forsikringen er avslått eller godtatt med reservasjon, vil vi vurdere om betingelsene for forsikringsavtalen skal endres. Det må da legges frem dokumentasjon på bedringen.

10. Annen registrering av helseopplysninger

Regjister over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF) Finansnærings Felleorganisasjon (FNO) har et register over forsikringssøkere og forsikrede. Registeret brukes av forsikringsselskapene som er tilknyttet FNO for å sikre at helsevurderingen blir riktig og at opplysningsplikten blir overholdt.

Opplysningene blir slettet etter 10 år. Den som er registrert har full innsynsrett i registeret og kan derfor henvende seg til oss eller FNO for å få se opplysningene som er registrert. Se Lov om behandling av personopplysninger paragrafene 18 og 23.

Nemnda for helsevurdering

Nemnda for helsevurdering er FNOs fellesorgan for risikovurdering. Den er satt sammen av leger og

andre sakkyndige fra forsikringsselskapene og fra legeföreningen. Nemnda får saker fra selskapene når de trenger bistand til å fastsette reservasjoner eller å gi avslag ut fra de helseopplysningene som er innhentet.

Nemnda gir en velledeende anbefaling av søknaden. Et kort, anonymisert sammendrag av forsikredes sykehistorie vil bli registrert i Nemnda. Formålet er å lage en erfaringsbase og oppslagsverk på tidligere behandlede saker, sortert etter sykdomsdiagnoser.

11. Gjenforsikring

I noen tilfeller er det aktuelt for oss å tegne forsikring i andre selskaper for å forsikre oss mot store og mange utbetalinger til egne kunder (gjenforsikring).

Gjenforsikringsselskapet overtar da risikoen og ansvaret for tap. Hvis det er aktuelt med gjenforsikring, kan helseopplysningene bli overført og registrert i gjenforsikringsselskapet. Dette for å beregne riktig pris.

12. Konsekvens av å gi uriktige opplysninger

Hvis forsikringstaker eller forsikrede gir uriktige opplysninger i helseerklæringen, kan dette medføre at eventuell erstatning blir avkortet og at retten til å tegne forsikring eller til å være forsikret faller bort. Se Lov om forsikringsavtaler paragrafene 13-1a til 13-3.

13. Hvor skal skjemaet sendes?

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

Tryg Forsikring
Risikovurdering Helse, internpost 1D1
Postboks 7070
5020 Bergen

Fullmakt og erklæring

FULLMAKT

Jeg bekrefter å ha lest orienteringen og gir med dette Tryg Forsikring (Tryg) fullmakt til å hente inn de opplysningene som selskapet anser nødvendige og relevante for å vurdere forsikringssøknaden. Denne fullmakten fritar de som har taushetsbelagte opplysninger fra deres taushetsplikt.

Fullmakten er begrenset slik:

Informasjon om sykdommer, helseplager og skader kan kun hentes inn hos leger, behandlere, NAV og andre institusjoner hvis jeg har oppgitt dem i dette skjemaet. Fullmakten gjelder kun ved innhenting av opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden om forsikring.

Hvis Tryg ønsker informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å hente inn ny fullmakt. Fullmakten gjelder kun ved innhenting av opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden om forsikring.

Fullmakten gir ikke rett til å hente inn opplysninger som ligger mer enn 10 år tilbake i tid regnet fra søknadsdato.

Fullmakten gjelder ikke rett til å hente inn eller bruke informasjon fra genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikringsselskapene etter Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

Jeg er kjent med at jeg plikter å gi riktige og fullstendige svar på Tryg sine spørsmål, selv om jeg har gitt selskapet fullmakt til å hente inn opplysninger fra andre.

Jeg er kjent med og samtykker i følgende:

Opplysningene som er hentet inn og som er relevante for forsikringssøknaden blir oppbevart/lagret av Tryg.

Personopplysninger som ikke er sensitive, som navn, adresse og fødselsnummer, blir registrert i Tryg sitt Interne kunderegister.

Opplysninger kan sendes til selskapets samarbeidende gjenforsikringsselskap i inn- og utland hvis Tryg vil gjenforsikre hele eller deler av forsikringen. (Se forklaring i orienteringen.)

Tryg kan legge frem opplysninger for Nemnda for helsevurdering for behandling. (Se forklaring i orienteringen.)

Jeg er kjent med at:

Nødvendige og relevante helse- og skadeopplysninger kan hentes inn fra andre forsikrings-selskaper. Relevante opplysninger kan om nødvendig utleveres til nytt forsikringsselskap i forbindelse med at forsikringene flyttes.

Hvis helseopplysningene medfører reservasjon eller avslag på forsikring, vil navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskap som foretar registrering, og registreringsdato bli registrert i Register for forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Det samme gjelder ved søknad om uføeerstatning. Tryg kan videre innhente opplysninger fra registeret. (Se forklaring i orienteringen.)

For å få utbetaling fra forsikringen vil det i noen tilfeller kreves at det innhentes ytterligere opplysninger. I slike tilfeller må Tryg få ny fullmakt. Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å hente inn informasjon ved dødsfall.

Det står mer om gjenforsikring, Nemnda for helsevurdering og ROFF i Orientering om helseerklæring.

ERKLÆRING:

Jeg erklærer med dette at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at opplysningene fra meg, sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Tryg.

Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at søknaden om forsikring blir avslått, at forsikringen blir sagt opp, at den ikke blir utbetalt og at Tryg ved svik kan si opp de andre forsikringene som jeg har i selskapet.

Er sykehistorien eller noen av spørsmålene i helseerklæringen diskutert med Trygs representant?	<input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, hva ble diskutert og hvorfor?
Sted og dato	Underskrift til barnet som skal forsikres eller foresatte hvis barnet er under 16 år	