

Forsikringen kan kjøpes av medlemmer i SOP som er under 60 år. Det er viktig at du leser og svarer på alle spørsmålene, oppgir nøyaktige tidspunkt og bruker norske betegnelser. Vær oppmerksom på at uriktige opplysninger kan få konsekvenser for forsikringen. Bruk sort penn og blokkbokstaver.

Ved flytting av forsikring i DnB som er tegnet i henhold til samarbeidsavtale med SOP, trenger du bare å fylle ut side 1 på skjemaet, da kravet om helseerklæring er fraveket. Se avtale med SOP.

Søknaden fylles ut av den som skal forsikres. Forutsatt at søknaden blir godkjent, gjelder forsikringen fra vi mottok søknaden ferdig utfylt og underskrevet. Sykdom som viser symptomer de første 30 dagene 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 søknaden er godkjent og symptomtiden på 30 dager er utløpt.

Enhver form for psykisk lidelse som viser symptom de første 12 måneder etter at forsikringen trådte i kraft, er heller ikke dekket. Dette gjelder ikke dersom forsikringen flyttes fra annet selskap som SOP har hatt avtale med, og søker allerede har ervervet rett til dekning av psykiske lidelser i løpende forsikring.

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

SOPs representant Marsh AS
Postboks 1623 Vika, 0119 Oslo
(Telefon 22 01 11 06)

Husk å undertegne fullmakt på siste side.

Søknaden gjelder

Dagpengebeløp (maks. 3.000 kroner) Kroner	Karenstid <input type="checkbox"/> 16 dager <input type="checkbox"/> 30 dager	Aldersgruppe <input type="checkbox"/> 20-30 år <input type="checkbox"/> 30-40 år <input type="checkbox"/> 40-50 år <input type="checkbox"/> 50-60 år <input type="checkbox"/> 60-67 år
<input type="checkbox"/> Nytegning (fyll ut erklæringen på side 1-4) <input type="checkbox"/> Flytting fra DnB (fyll ut kun side 1; se avtale med SOP)		Ved flytting fra DnB (se avtale med SOP), må følgende bekreftes: <input type="checkbox"/> Jeg bekrefter at jeg ikke har vært sykmeldt mer enn 16 dager sammenhengende siste 24 måneder, og at eventuelle reservasjoner kan hentes inn fra tidligere selskap.

Priseksempler

Aldersgruppe	Karensdager	Prisfaktor	Pris per år med 1.000 kroner i dagpengebeløp	Pris per år med 2.000 kroner i dagpengebeløp	Pris per år med 3.000 kroner i dagpengebeløp	Karensdager	Prisfaktor	Pris per år med 1.000 kroner i dagpengebeløp	Pris per år med 2.000 kroner i dagpengebeløp	Pris per år med 3.000 kroner i dagpengebeløp
20-30 år	16	10,56	10 556	21 111	31 667	30	7,78	7 778	15 556	23 333
30-40 år	16	11,11	11 111	22 222	33 333	30	8,33	8 333	16 667	25 000
40-50 år	16	11,67	11 667	23 333	35 000	30	8,89	8 889	17 778	26 667
50-60 år	16	12,22	12 222	24 444	36 667	30	9,44	9 444	18 889	28 333
60-67 år	16	12,78	12 778	25 556	38 333	30	10,00	10 000	20 000	30 000

Fylles ut av den som skal forsikres

Fornavn	Etternavn	Fødsels- og personnummer (11 siffer)
Adresse		Postnummer og poststed
E-postadresse		Telefon
		Avtalenummer på løpende forsikring

Jeg aksepterer at forsikringsvilkårene for sykeavbruddsforsikringen gjøres tilgjengelig for meg via SOPs nettsider

Jeg er innforstått med at forsikringen kan flyttes kollektivt av SOP

Sted og dato

Signatur

Fylles ut av Tryg

Agentnummer		
Merknad for Risikovurdering Helse	Sykeavbrudd	Risikovurdering
	Normal <input type="checkbox"/>	
	Reservasjon <input type="checkbox"/>	
	Avslag <input type="checkbox"/>	
		Dato og signatur

| Helseerklæring

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

Fylles ut av den som skal forsikres

1 Navn: _____

2 Vekt: _____ kg Høyde: _____ cm

3 Har du fått diagnosen HIV-infeksjon? JA NEI

4 Er du 100 prosent arbeidsdyktig?
Med 100 prosent arbeidsdyktig menes at du ikke er sykemeldt, under arbeidsavklaringspenger eller er tilstått uførepensjon fra folketrygden.
 JA NEI
Hvis nei, årsak: _____

5 Har du søkt uførepensjon eller andre uføretelseter i NAV?
 JA NEI
Hvis ja, når: _____
Årsak: _____

6 Har du vært sykemeldt (arbeidsudyktig) i mer enn 2 uker sammenhengende i løpet av de siste 5 årene? Også ved sykemelding i svangerskap oppgi årsak. Oppgi alle sykemeldingsperioder. JA NEI

Dato	Varighet	Grad	Diagnose/årsak

7 Bruker du eller har du brukt medikamenter regelmessig i løpet av de siste 10 årene? JA NEI
Hvis ja, oppgi hvilke medikamenter, når og hvorfor: _____

Medikament	Når	Varighet	Årsak

8 Har du vært til kontroll, undersøkelse eller blitt behandlet ved sykehus eller andre helseinstitusjoner i løpet av de siste 10 årene? JA NEI
Hvis ja, når: _____
Hvilke sykdommer/skader: _____
Hvilken lege/sykehus: _____
Resultat: _____

9 Har du feil ved syn som ikke skyldes nærsynthet eller langsynthet? JA NEI
Hvis ja, oppgi type synsfeil og årsak: _____

10 Har du nedsatt hørsel eller øresus? JA NEI
Hvis ja, hvilket: nedsatt hørsel øresus
Årsak til nedsatt hørsel/øresus: _____

11 Har du vært til kontroll eller blitt undersøkt/behandlet av kiropraktor, fysioterapeut eller lignende de siste 5 årene? JA NEI
Hvis ja, når: _____
Hvilke lidelser/skader: _____
Type behandling/undersøkelse: _____
Hvor mange behandlinger: _____
Resultat: _____
Symptomfri? Ja Nei Hvis ja, når: _____

12 Har du vært operert i løpet av de siste 10 årene? JA NEI
Hvis ja, når: _____
Hvilke sykdommer/skader: _____
Hvilken lege/sykehus: _____
Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når: _____
Plager/mén i ettertid? Ja Nei Hvis ja, beskriv: _____

13 Er du under utredning eller har du avtalt besøk hos lege/poliklinikk (ikke rutinekontroll) eller innleggelse på sykehus eller annen helseinstitusjon? JA NEI
Hvis ja, når: _____
Årsak: _____
Hvilken lege/sykehus: _____

14 Har du eller har du hatt stort forbruk av alkohol, eller bruker du eller har du brukt stimulerende/beroligende medikamenter eller narkotiske midler i løpet av de siste 10 årene? JA NEI
Alkohol? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor
Medikamenter? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor
Narkotiske midler? Ja Nei Hvis ja, beskriv nedenfor
Beskriv her: _____

15 Røyker du daglig eller har du røykt? JA NEI
Hvis ja, hvor mange/mye pr. dag: 1-14 Over 14
Har du sluttet? Ja Nei Hvis ja, når: _____

16 Vennligst oppgi navn/adresse til lege som har relevante opplysninger vedrørende helsen din.
Navn/adresse: _____

Husk å undertegne fullmakt på siste side.

17 I løpet av de siste 10 årene, har eller har du hatt eller vært til kontroll for følgende tilstander?

a Hjertesykdom? Angina pectoris?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

JA NEI

b Høyt kolesterol? Høyt blodtrykk?

Hvis ja, hvilke:

Kolesterolverdi: Dato siste måling:

Blodtrykksverdi: Dato siste måling:

JA NEI

c Hjerneblødning/hjerneslag?

Hvis ja, beskriv:

Når:

JA NEI

d Allergiske lidelser?

Hvis ja, hvilke:

Behandling:

JA NEI

e Hormonelle sykdommer? Stoffskiftelidelser?

Hvis ja, hvilke:

Når:

JA NEI

f Eksem eller andre hudsykdommer?

Hvis ja, hvilke:

JA NEI

g Sykdom i mage, tarmer, bukspyttkjertel, lever eller andre bukorgan? Gulsott eller hepatitt?

Hvis ja, hvilken sykdom:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

h Diabetes/sukkersyke?

Komplikasjoner? Ja Nei

Hvis ja, hvilke:

JA NEI

i Sykdommer i nyre- eller urinveier? Prostatabesvær?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

j Revmatisme, leddgikt eller plager i muskler og ledd?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Behandling:

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

k Sykdom i lymfekjertlene? Blodsykdom?

Hvis ja, hvilke:

Når: Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt:

Dato behandlingen ble avsluttet (måned/år):

JA NEI

l Rygglidelser, ryggfeil, skiveprolaps?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt (f.eks. fysioterapi, medikamenter, kirurgi):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

m Plager i nakke, skulder, hofte, armer, bein?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt (f.eks. fysioterapi, medikamenter, kirurgi):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

n Svulster/kreft?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvor lenge:

Hvilken behandling ble gitt:

Dato behandlingen ble avsluttet (måned/år):

JA NEI

o Epilepsi, krampeanfoll, lammelser eller andre sykdommer i nervesystemet?

Hvis ja, hvilke:

Når:

Hvilken behandling ble gitt:

JA NEI

p Depresjon, angst, spiseforstyrrelser, utbrenthet, nervøsitet, psykiske lidelser?

Hvis ja, hvilke:

Hvilket år oppstod dette:

Når symptomfri:

Behandling med tidsangivelser (f.eks. medikamenter, spesialistbehandling (psykiater/psykolog), sykhusinleggelse)?
Beskriv her:

JA NEI

q Astma eller annen lungesykdom?

Hvis ja, hvilken sykdom:

Behandling:

Bruker du medisin daglig for dette? Ja Nei

JA NEI

r Sykdom i underlivsorganer?

Hvis ja, hvilken:

Når:

Hvilken behandling ble gitt (medikamenter, kirurgi, osv.):

Erklært frisk? Ja Nei Hvis ja, når:

JA NEI

18 Har du andre plager, sykdom, legemsfeil eller mén etter skade som ikke fremgår av spørsmålene i helseskjemaet?

Hvis ja, beskriv:

JA NEI

Orientering om helseerklæringen

Ferdig utfylt og undertegnet skjema sendes til:

SOPs representant Marsh AS
Postboks 1623 Vika
0119 Oslo

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 forsikrings søker også plikt til å gi slik informasjon.

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 helseisiko.

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 forsikrings selskaper 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 saksbehandling, vil disse bli slettet eller sendt tilbake i tråd med konsesjon som er gitt av Data-tilsynet. 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 Register over forsikrings søkere og forsikrede (ROFF)

Finansnæringsens Fellesorganisasjon (FNO) har et register over forsikrings søkere og forsikrede. Registeret brukes av forsikrings selskapene 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 forsikrings selskapene 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 veiledende 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).

Gjenforsikrings selskapet overtar da risikoen og ansvaret for tap. Hvis det er aktuelt med gjenforsikring, kan helseopplysningene bli overført og registrert i gjenforsikrings selskapet. 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:

SOPs representant Marsh AS
Postboks 1623 Vika
0119 Oslo

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 forsikrings søknaden. 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 forsikrings selskapene etter Bioteknologi-loven 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 forsikrings søknaden 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 gjenforsikrings selskap 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 forsikrings selskap i forbindelse med at forsikringene flyttes.

Hvis helseopplysningene medfører reservasjon eller avslag på forsikring, vil navn, fødselsnummer, navn på forsikrings selskap som

foretar registreringen, og registreringsdato bli registrert i Register for forsikrings søkere og forsikrede (ROFF). Det samme gjelder ved søknad om uføreerstatning. 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?

Nei
 Ja

Hvis ja, hva ble diskutert og hvorfor?

Sted og dato

Underskrift - den som skal forsikres (forsikrede)