Forenklet helseerklæring til bruk ved tegning av små kollektive pensjonsforsikringer

☐ Foretakspensjon
☐ Innskuddspensjon
☐ Kollektiv Livrenteforsikring

Avtalenr.:
Organisasjonsnr.:
Forsikringstakernr.:

Vennligst bruk blokkbokstaver!

Vi ber om at du besvarer spørsmålene så samvittighetsfullt og fullstendig som mulig.
Vennligst legg ved utfyllende kommentarer dersom du mener dette er nødvendig.

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Yrke	Statsborgerskap	Høyde i cm: / Vekt i kg:

1	Hvordan er din nåværende helsesituasjon?	☐ Helt frisk og 100% arbeidsdyktig	☐ Helt eller delvis sykemeldt	☐ Aktivt sykemeldt	☐ Under attføring/rehabilitering
2	Hvem er din fastlege?	Navn:	Adresse:		
3	A) Når var ditt siste legebesøk?	Dato:	Årsak:		
	B) Hos hvilken lege?	☐ Fastlegen	☐ Annen lege. Oppgi i såfall hvilken (navn og adresse)		
4	Bruker du eller har du tidligere brukt faste medisiner?	☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, hvilke medisiner og i hvilket tidsrom:		

5	Har du eller har du hatt plager/smerter i:	Hvis ja, når:	Var du sykmeldt? Hvis ja, hvor lenge:	Er du fortsatt plaget?
	A) Rygg? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	B) Nakke? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	C) Armer? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	D) Skuldre? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	E) Hofter/bekken? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	F) Knær? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei
	G) Andre kroppsdeler? ☐ Ja ☐ Nei		☐ Ja ☐ Nei	☐ Ja ☐ Nei

6	Røyker du daglig? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, angi ditt daglige forbruk:
7	Bruker du alkohol ukentlig? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, angi ditt ukentlige forbruk(ca. fordelt på øl, vin og brennevin):
8	Har du eller har du hatt psykiske plager som har medført kontakt med lege eller psykolog? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi navn og adresse på lege/psykolog:

FORSIKRINGSSØKERS ERKLÆRING:
Jeg erklærer at opplysningene er gitt så nøyaktig som mulig og jeg er kjent med at uriktige og ufullstendige opplysninger etter reglene i Forsikringsavtaleloven kan føre til at eventuell erstatning helt eller delvis bortfaller. Jeg aksepterer derved at opplysningene jeg har gitt i helseerklæringen danner grunnlaget for forsikringsavtalen:

Sted/dato	Underskrift

KLP Bedriftspensjon AS Hovedkontor: Dronning Eufemias gate 10, Oslo – Tlf.: 22 03 35 00
Postadresse: Postboks 400 Sentrum, 0103 Oslo
Regionskontor: Vågsallmenningen 16, Bergen – Tlf.: 05554
www.klp.no

Bl.nr. D-153

KLP Bedriftspensjon