

# Helseerklæring D-203

SKJEMAET BEHANDLES KONFIDENSIELT I SELSKAPET



Kryss av for aktuell forsikring:    Gruppelivsforsikring    Uføredekninger ved annen sykdom

## Slik gjør du:

1. Lagre skjemaet
2. Fyll ut
3. Send inn via [kontaktskjemaet på klp.no](#) eller per post.

**Husk at du aldri må sende personopplysninger i usikret e-post.**

Dette skjemaet krever signatur.

**KLP Kommunal Landspensjonskasse**  
Dronning Eufemias gate 10, Oslo  
Postboks 400 Sentrum, 0103 Oslo  
Tlf: 55 54 85 00  
[www.klp.no](http://www.klp.no)

## 1. OPPLYSNINGER OM FORSIKRINGSTAKER

Bedriftens navn:	Kundenummer:	Org. nummer:
------------------	--------------	--------------

## 2. OPPLYSNINGER OM ANSATT

Etternavn. Fornavn:		Fødselsnr. (11 siffer):	
Adresse:	Postnr.:	Poststed:	
Stilling/yrke:		Årslønn:	

## 3. SPØRSMÅL/SVAR

Det er av avgjørende betydning for gyldigheten av forsikringen at selskapets risikovurdering bygger på korrekte og fullstendige opplysninger. Ved meldt skade vil opplysninger som er gitt på dette skjemaet bli kontrollert etter fullmakt. Svarer du ja på ett eller flere spørsmål, må også tillegsspørsmålene besvares.

1. Høyde og vekt	Høyde (cm):		Vekt (kg):		
2. Røyker du daglig, eller har du røkt daglig i løpet av de siste 2 år?	JA	NEI	Hvis JA, hvor mye? pr. dag:                      pr. uke:		Hvis du har sluttet? Når sluttet du?
	JA	NEI	Hvis Ja, hva slags?:		
3. Har du sykdom, helseproblemer eller diagnose nå?  Har du hatt helseproblemer (fysiske eller psykiske) som hindret deg livsutfoldelse i jobb eller fritid siste 5 år?	JA	NEI	Hvis Ja, hva slags?:		
	JA	NEI	Hvis Ja, hvorfor/diagnose? Når?                      Resultat:		
4. Har du de seneste 5 årene blitt undersøkt, tatt prøver hos, fått behandling eller rådgivning av sykehus, annen helseinstitusjon, lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor eller annet helse-personell?  Er det planlagt noen form for undersøkelse, behandling eller operasjon?	JA	NEI	Hvis Ja, hva? Når?                      Hvor?		

5. Bruker du eller har du de siste 5 årene brukt reseptbelagt medisin regelmessig eller i perioder?	JA	NEI	Hvis ja, hvilken medisin?	
			Årsak?	
			Hvor ofte? Når sist gang?	
6. Er du testet HIV-positiv?	JA	NEI	Hvis ja, når	
7. Er du sykmeldt eller har du vært sykmeldt mer enn 16 dager sammenhengende i de siste 5 år?	JA	NEI	Hvis ja, hvorfor?	
			Hvilken lege/sykehus?	
			Hvor lenge, når?	Hvis friskmeldt, når?
8. Oppgi navn og adresse på fastlegen eller legesenteret du har brukt:  Hvis du bruker annen lege en fastlegen, oppgi navn og adresse (Eventuelt sykehus og avdeling)	Navn:			
	Adresse:			
	Navn:			
	Adresse:			
9. Utdanning Sett kryss ved høyeste fullførte utdanning	Grunnskole	Videregående skole	Universitet/høyskole	
10. Er det andre forhold som er av betydning for selskapets vurdering av risikoen?	JA	NEI	Hvis ja, beskriv nærmere	

## FORSIKREDES ERKLÆRING OG FULLMAKT VEDRØRENDE HELSEERKLÆRINGEN

### Erklæring

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

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

### Fullmakt

Jeg gir med dette KLP fullmakt til å innhente de opplysninger om meg som for selskapet anses nødvendige og relevante for å vurdere min forsikringssøknad. Denne fullmakt fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt.

Fullmakten er begrenset slik:

- Informasjon kan kun hentes inn hos de leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i dette skjemaet samt fra NAV og andre forsikringsselskap.
- Ønsker KLP informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt.
- Fullmakten omfatter ikke opplysninger som er mer enn 10 år regnet fra søknadsdato med mindre disse har sammenheng med helseopplysninger og helsesituasjon som er eldre enn 10 år.
- Fullmakten gjelder ikke genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikringsselskapene etter

Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke.

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

### Jeg er videre kjent med og samtykker i at:

- Nødvendige og relevante helse og skadeopplysninger kan innhentes fra andre forsikringsselskap.
- Selskapet kan legge frem opplysninger om meg for Nemnden for helsebedømmelse for behandling.

### Jeg er kjent med at:

- Dersom helseopplysningene eller særrisiko medfører premie-tillegg, reservasjon (f.eks unntak for visse sykdommer eller plager) eller avslag på forsikring, vil mitt navn, fødselsnummer, navn på forsikringsselskap som foretar registreringen og registreringsdato bli registrert i Register for forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Det samme gjelder ved søknad om uføreerstatning. Forsikringsselskapet kan videre innhente opplysninger fra registeret. Registeret blir slettet etter 10 år. Det er full innsynsrett i registeret etter personregisterlovens § 7, og forsikrede som ønsker de registrerte opplysningene kan henvende seg til KLP eller Finansnæringens Hovedorganisasjon.
- Ubetaling fra forsikringen vil kunne kreve at det innhentes ytterligere opplysninger. KLP må da forelegge meg en ny fullmakt som jeg må underskrive før slike opplysninger kan innhentes. Det trengs ikke ytterligere fullmakter for å innhente informasjon ved dødsfall.

Sted og dato:	Signatur
---------------	----------