

Lang helbredserklæring

Blanketten sendes til:
Skandia Postboks 830
7007 Fredericia
Telefon +45 7012 1213

Personlige oplysninger

Navn:		CPR-nr:	
Adresse:		Postnr:	By:
Telefon:	E-mail:	Stilling:	
Hvori består dit arbejde/arbejdsfunktion? (sæt gerne flere krydser)			
<input type="checkbox"/> Kontorarbejde <input type="checkbox"/> Ledelse <input type="checkbox"/> Håndværksarbejde <input type="checkbox"/> Kørsel <input type="checkbox"/> Undervisning/tilsyn <input type="checkbox"/> Salgsarbejde			
Andet: _____			

Information

Det er vigtigt at du læser dette inden du udfylder erklæringen:

Når du vil oprette en forsikring eller ændre i din forsikringsaftale, har Skandia behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Denne helbredserklæring indeholder både spørgsmål, som du skal svare på, og samtykker, så Skandia kan indhente supplerende oplysninger, hvis det er nødvendigt.

Når du udfylder helbredserklæringen er det vigtigt at dine oplysninger er så præcise som muligt, da urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at du ikke vil kunne få forsikringssummen udbetalt – eller kun dele af summen – den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra selskabet. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Derfor skal du, når du udfylder helbredserklæringen:

- Besvare alle spørgsmål og delspørgsmål omhyggeligt, uden at udelade noget
– fx forhold som ryglidelser, psykiske tilstande og brug af piller og alkohol – også selvom du tror, at det ikke har betydning for forsikringen.
- Oplyse om nuværende og tidligere sygdomme.
- Oplyse om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin.
- Oplyse om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktorer, fysioterapeuter, psykologer mv.
- Oplyse om alle undersøgelser og behandlinger på offentlige og private sygehuse, ambulatorier, klinikker og laboratorier.

Du skal ikke oplyse om genetiske test (DNA- eller RNA-analyser), der alene belyser risikoen for at udvikle sygdom på et senere tidspunkt, eller oplysninger om familiemedlemmers nuværende eller tidligere helbredstilstand. Du skal heller ikke oplyse om forebyggende undersøgelser, som ikke vedrører sygdomme eller symptomer, som du har eller har haft.

Er du i tvivl om besvarelsen – for eksempel omkring diagnoser og datoer – kan du kontakte din læge eller sundhed.dk - inden du udfylder erklæringen. Lægens honorar betales ikke af forsikringselskabet.

Husk at du selv er ansvarlig for, at erklæringen er udfyldt korrekt. Læs kundevejledningen om dækning og helbredsoplysninger inden du udfylder erklæringen.

**Sætter du kryds i JA, skal svarrubrikken til højre udfyldes.
Ved pladsmangel bruges ekstra ark eller rubrikken til sidst.**

1	Har du indenfor de sidste 10 år været i kontakt med læge, sygehuse, speciallæge eller anden behandler for:	<p>Du skal svare på alle nedenstående spørgsmål. Spørgsmålene omfatter både fysiske og psykiske helbredsforhold. Oplys om alle nuværende og tidligere sygdomme, også hvis de ikke står som eksempel på listen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Helet brud på fingre, tæer, arme eller ben, skal du kun oplyse om, hvis der er mén eller følger.</i> • <i>Kørekortsundersøgelser, folkeundersøgelser og vaccinationer skal du kun oplyse om, hvis de har givet anledning til nærmere udredning.</i> • <i>Oplys kun om egne kontakter – ikke børns eller andres sygdom.</i> 	
	<p>a. Svulster (godartede og ondartede tumorer), fx kræft (cancer) inkl. forstadier til kræft, blod- og lymfekræft, polypper, cyster og andre godartede svulster, andet?</p> <p>NB: <i>Kontakter vedr. modermærker angives her.</i></p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
	<p>b. Blodsygdomme fx blodmangel, koagulationssygdomme, andre forstyrrelser i blodet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
	<p>c. Stofskiftesygdomme fx sukkersyge og sukker i urin, struma eller forstyrrelser i stofskiftet, Basedow eller Graves sygdom, forøget fedt i blodet (kolesterol), hormonforstyrrelser, andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>

	<p>d. Sygdomme i nervesystemet fx hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, besvimelser eller kramper, lammelser eller bevægeforstyrrelser, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, føleforstyrrelser, sklerose (MS), andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <i>navn/adresse</i></p>
	<p>e. Øjensygdomme fx nedsat syn, betændelser, stær, andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <i>navn/adresse</i></p>
	<p>f. Øresygdomme fx nedsat hørelse, øresusen (tinnitus og svimmelhed), andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <i>navn/adresse</i></p>
	<p>g. Hjerte-, kredsløbs- eller karsygdomme (inkl. åreknuder) fx forhøjet blodtryk, brystsmarter (angina pectoris), hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytm, blodprop, hjerte- eller hjerteklapfejl, årebetændelse, blodprop i ben, vindueskiggersygdom (claudicatio intermittens), andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <i>navn/adresse</i></p>

	<p>h. Lunge- eller luftvejssygdomme fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis eller rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, sarkoidose, andet?</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> Hvilken sygdom/årsag? _____ Hvornår? _____ <small>måned/år</small> Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvilke? _____ Behandler: _____ _____ <small>navn/adresse</small>
	<p>i. Mave-, tarm- og spiserørssygdomme fx sårdannelser (ulcus) eller blødninger, mavekatar, spiserørsgener eller reflux, fordøjelsesbesvær (nervøs tyktarm eller allergi), tyk- eller tyndtarmsbetændelse, tarmslyng, polypper, andet?</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> Hvilken sygdom/årsag? _____ Hvornår? _____ <small>måned/år</small> Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvilke? _____ Behandler: _____ _____ <small>navn/adresse</small>
	<p>j. Lever-, galde- og bugspytkirtelsygdomme fx gulsoet eller leverbetændelse, galdesten, fedtlever (steatose), påvirkede levertal (påvist ved blodprøver), bugspytkirtelbetændelse, andet?</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> Hvilken sygdom/årsag? _____ Hvornår? _____ <small>måned/år</small> Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvilke? _____ Behandler: _____ _____ <small>navn/adresse</small>
	<p>k. Hudsygdomme fx eksem, psoriasis, betændelsestilstande (inkl. bylder), blæreudslæt, andet?</p> <p>NB: Kontakter vedr. modermærker mv. angives under 1.a.</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> Hvilken sygdom/årsag? _____ Hvornår? _____ <small>måned/år</small> Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvilke? _____ Behandler: _____ _____ <small>navn/adresse</small>

	<p>I. Nyre- eller urinvejssygdomme fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein eller bakterier i urinen, misdannelser eller cyster, andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
	<p>m. Sygdomme i mandlige eller kvindelige kønsorganer fx kønssygdomme, graviditetskomplikationer, blødningsforstyrrelser, forstørret prostata, andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
	<p>n. Infektionssygdomme (undtaget alm. forkølelsetilfælde), fx hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, HIV/AIDS, malaria, andet?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
	<p>o. Andre sygdomme – bortset fra børnesygdomme og andre almindelige ikke tilbagevendende infektionssygdomme?</p> <p>NB: Gener fra ryg, arme og ben (inkl. gigt) samt psykiske tilstande besvares nedenfor i spørgsmål 2 og 3.</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>

2	<p>Har du indenfor de sidste 10 år haft eller været i kontakt med læge, psykiater, psykolog eller anden behandler for psykiske tilstande, fx depression, angst, nervøsitet, stress, krisereaktion, forgiftningstilfælde?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>
3	<p>Har du indenfor de sidste 10 år haft eller været i kontakt med læge, sygehuse, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler for gener, skader eller sygdomme i:</p> <p>a. Nakke, ryg eller lænd (inkl. den nedre del af ryggen)</p> <p>b. Led, sener, knogler eller bindevæv (inkl. gigttildelser)</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Nærmere beskrivelse:</p> <p><input type="checkbox"/> Muskelspændinger <input type="checkbox"/> Diskusprolaps <input type="checkbox"/> Sygdomme i rygsøjlen <input type="checkbox"/> Whiplash (piskesmæld) <input type="checkbox"/> Iskias <input type="checkbox"/> Rygskævhed</p> <p>Hvornår senest? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Nærmere beskrivelse:</p> <p><input type="checkbox"/> Skulder <input type="checkbox"/> Albue <input type="checkbox"/> Hånd <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Knæ <input type="checkbox"/> Hofte <input type="checkbox"/> Bækken <input type="checkbox"/> Fod <input type="checkbox"/> Ben</p> <p>Hvornår senest? _____ <small>måned/år</small></p> <p>Behandler: _____</p> <p>_____ <small>navn/adresse</small></p>

<p>4</p>	<p>a. Har du - udover det allerede oplyste - indenfor de sidste 10 år været indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus/hospital/privatklinik?</p> <p>NB: Du skal ikke medtage indlæggelser i forbindelse med barns indlæggelse eller ukomplicerede fødsler.</p> <p>b. Har du indenfor de seneste 10 år været henvist til laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted, herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Hvor er du behandlet: _____ _____ <i>navn/adresse</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken sygdom/årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Hvor er du behandlet: _____ _____ <i>navn/adresse</i></p>
<p>5</p>	<p>Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvor/hos hvem? _____ <i>sygehus/læges navn</i></p> <p>For hvad? _____</p>
<p>6</p>	<p>a. Har du medfødte legemsfejl eller følger (mén) efter skader?</p> <p>b. Har du nedsat hørelse?</p> <p>c. Har du nedsat syn?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilke? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du fået erstatning for invaliditet? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvilke symptomer og evt. ménprocent? _____ _____</p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Årsag? _____</p> <p>Kan du uden besvær høre almindelig talestemme (evt. med høreapparat på) på mere end 2 meters afstand? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Årsag? _____</p> <p>Brille/kontaktlinsestyrke: Højre: +/- _____ Venstre: +/- _____</p> <p>Kan du uden besvær læse dette skema <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA (evt. med briller/kontaktlinser på)?</p>

7	<p>a. Bruger du medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin) ordineret af læge eller anden behandler?</p> <p>b. Har du indenfor de seneste 10 år – <i>ud over det allerede oplyste</i> – været i medicinsk behandling i mere end 1 måned, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilke præparater? _____</p> <p>For hvad? _____</p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilke præparater? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>For hvad? _____</p>
8	<p>a. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus?</p> <p>b. Har du indenfor de seneste 10 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?</p> <p>c. Modtager du eller har du indenfor de seneste 10 år modtaget behandling eller rådgivning herfor?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Antal: _____ genstand(e) ugentlig (gennemsnitlig)</p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Antal: _____ genstand(e) ugentlig (gennemsnitlig)</p> <p>I hvilke perioder? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilken behandling? _____</p> <p>I hvilke perioder? _____ <i>måned/år</i></p>
9	<p>a. Ryger du tobak (fx cigaretter, cigarer, pipe)?</p> <p>b. Hvis NEJ, har du røget tobak (fx cigaretter, cigarer, pipe) indenfor de seneste 2 år?</p> <p>c. Anvender du eller har du indenfor de seneste 10 år anvendt hash, hårde stoffer (fx heroin, speed, kokain, ecstasy, LSD), anabole midler, organiske opløsningsmidler, andre stimulerende midler?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvor ofte? <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Sjældnere end dagligt</p> <p>Hvor stort et ugentligt forbrug? _____ <i>antal cigaretter, cigarer, pipestop</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvor ofte? <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Sjældnere end dagligt</p> <p>Hvor stort et ugentligt forbrug? _____ <i>antal cigaretter, cigarer, pipestop</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Hvilke stoffer? _____</p> <p>I hvilke perioder? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Har du modtaget behandling/rådgivning herfor? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/></p>

10	<p>a. Har du indenfor de seneste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på 2 uger eller mere?</p> <p>b. Hvor mange arbejdsdage har du været syg indenfor de seneste 12 måneder?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p>Af hvilken årsag? _____</p> <p>Hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Hvor længe? _____</p> <p>Er der følger/gener? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA Hvilke? _____</p> <p>_____</p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p><input type="checkbox"/> 0-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11 eller derover, angiv årsag:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
11	<p>Er du fuldt arbejdsdygtig?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, hvorfor ikke:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
12	<p>a. Har du indenfor de seneste 10 år anmodet om, været indstillet til eller været i et fleksjob, et kommunalt jobafklarings- eller ressourceforløb (arbejdsprøvning) eller under revalidering?</p> <p>b. Har du indenfor de seneste 10 år anmodet om, været indstillet til eller modtaget offentlig førtidspension eller offentlig invaliditetsydelse (fleksydelse)?</p> <p>c. Arbejder du på nedsat tid af helbredsmæssige årsager eller er der indgået en særlig aftale med din arbejdsgiver vedrørende dagpengeforpligtelsen (fx § 20-56 aftale)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p><input type="checkbox"/> Fleksjob <input type="checkbox"/> Jobafklaringsforløb <input type="checkbox"/> Ressourceforløb <input type="checkbox"/> Revalidering</p> <p>Hvornår? <input type="checkbox"/> Aktuelt <input type="checkbox"/> Tidligere - og senest _____ <i>måned/år</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p><input type="checkbox"/> Førtidspension <input type="checkbox"/> Invaliditetsydelse (fleksydelse)</p> <p>Hvornår? <input type="checkbox"/> Aktuelt <input type="checkbox"/> Tidligere - og senest _____ <i>måned/år</i></p> <p>Hvis JA, udfyldes her:</p> <p><input type="checkbox"/> Arbejder på nedsat tid af helbredsmæssige årsager <input type="checkbox"/> Særlig aftale med arbejdsgiver om dagpengeforpligtelsen (fx § 20-56)</p> <p>Siden hvornår? _____ <i>måned/år</i></p> <p>Årsag? _____</p>

13	Hvad er din højde og vægt?		Højde _____ cm	Vægt _____ kg
14	Hvem er din læge?		Navn: _____	Adresse: _____
			Postnr.: _____	By: _____

Hvis du har yderligere bemærkninger, kan du skrive dem her. Husk at angive hvilket punkt bemærkningerne vedrører.

Har du brug for yderligere plads kan du anvende et ekstra ark. Husk at datere og underskrive arket.

Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over, at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra Skandia.

Når Skandia behandler din forsikringsansøgning eller ønske om ændring af forsikring, har Skandia ofte brug for at indhente relevante oplysninger fra andre end dig selv, for at få så fuldstændige oplysninger som muligt omkring din helbredssituation, så vi kan fastsætte prisen og vilkårene for forsikringen. Det har vi brug for dit samtykke til.

Samtykke til Skandia indhentning, behandling og registrering af dine oplysninger

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Skandia må behandle og registrere alle relevante oplysninger, som Skandia modtager fra mig eller indhenter via samtykke fra tredjeparter, herunder de læger, sygehuse, ambulatorier, klinikker, fysioterapeuter mv. som jeg har været i kontakt med, samt Videncenter for Helbred & Forsikring. Skandia må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation til dem, som Skandia indhenter de relevante oplysninger fra. De indhentede oplysninger kan anvendes ved oprettelse, administration og udbetaling af enhver forsikring eller pension i Skandia.

Videncenter for Helbred & Forsikring

Det kan forekomme, at Skandia videregiver dine helbredsoplysninger til Videncenter for Helbred & Forsikring for at få foretaget en vejledende forsikringsmedicinsk vurdering, inden Skandia fastsætter dine forsikringsvilkår. Det kan også forekomme, at selskabet indhenter oplysninger fra Videncentret om eventuelle tidligere forsikringsmedicinske vurderinger.

Videncenter for Helbred & Forsikring er en forening, der rådgiver forsikringssselskaber om helbred og forsikringsmedicin. Videncentrets formål er at sikre at flest mulig med helbredsmæssig påvirkning, kan tegne forsikring på rimelige vilkår. Læs mere på www.helbredogforsikring.dk.

Samtykke til behandling af dine oplysninger hos Videncenter for Helbred & Forsikring

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Skandia i forbindelse med min ansøgning om forsikring må indhente relevante oplysninger om mig fra - og videregive mine oplysninger til - Videncenter for Helbred & Forsikring (for eksempel CPR-nummer, helbredsoplysninger, sygemeldinger, oplysninger om behandlinger og kontakter til sundhedsvæsenet samt sociale ydelser), og at Videncentret må foretage en forsikringsmedicinsk vurdering.

Jeg giver desuden mit samtykke til, at Videncenter for Helbred & Forsikring kan behandle og registrere mine oplysninger og den forsikringsmedicinske vurdering i Videncentrets helbredsregister, ved formodning om forøget helbredsmæssig risiko. Hovedformålet med oplysningerne i helbredsregistret er, at de udgør det statistiske grundlag, der skal sikre rimelige forsikringsmedicinske vurderinger. Desuden kan liv- og pensionselskaber, der er medlemmer af Videncenter for Helbred & Forsikring, søge oplysninger om mulige forsikringstagere i helbredsregisteret i forbindelse med en senere forsikringsansøgning (se særskilt samtykke nedenfor).

Samtykke til videregivelse til liv- og pensionselskaber

Jeg samtykker desuden til, at Videncenter for Helbred & Forsikring kan videregive mine oplysninger og den forsikringsmedicinske vurdering til de livs- og pensionselskaber, der er medlemmer af Videncenteret www.helbredogforsikring.dk/da/organisation/medlemmer, hvis jeg senere anmoder om forsikring i et medlemsselskab. Det pågældende medlemsselskab indhenter dog dit samtykke til videregivelsen på det tidspunkt.

Optagelsen i helbredsregisteret sker kun, hvis vurderingen af dine helbredsoplysninger viser en forøget helbredsmæssig risiko (se www.helbredogforsikring.dk/da/register). Du vil få besked fra Skandia hvis dine oplysninger bliver optaget i helbredsregisteret. Oplysningerne slettes fra helbredsregisteret, når du fylder 70 år eller hvis Videncenter for Helbred & Forsikring inden da vurderer, at der ikke længere foreligger en forøget helbredsmæssig risiko.

Videncenteret gemmer personoplysningerne og den forsikringsmedicinske vurdering i op til 10 år til dokumentationsformål og opfyldelse af forpligtelser efter persondataretlige regler mv. Oplysningerne vil dog fortsat blive anvendt til statistik.

Til din information

Alle de indhentede personoplysninger behandles fortroligt og i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningens regler, af udvalgte medarbejdere, som er underlagt tavshedspligt. Se Skandias persondatapolitik: [link](#). Du kan også finde mere information om Videncenter for Helbred & Forsikrings privatlivspolitik på; www.helbredogforsikring.dk/da under IT- og sikkerhedspolitik.

Tilbagekaldelse af samtykke og konsekvenserne deraf

Du kan til enhver tid trække dine samtykker tilbage til 1) Skandia indhentning og behandling af dine oplysninger, 2) indhentning fra og videregivelse til Videncenter for Helbred & Forsikring til forsikringsmedicinsk vurdering, og 3) optagelse i helbredsregisteret og eventuel videregivelse til medlemsselskaber ved en senere ansøgning til et andet forsikringselskab.

Hvis du trækker samtykket, til at Skandia kan indhente og behandle dine oplysninger eller indhente oplysninger fra eller videregive oplysningerne til behandling i Videncenter for Helbred & Forsikring tilbage, kan [selskabet] afvise at behandle din ansøgning om forsikring.

Hvis du trækker samtykket til optagelsen i helbredsregisteret og til eventuel videregivelse til medlemsselskaber ved en senere ansøgning tilbage, kan det betyde at dine helbredsoplysninger ikke kan genbruges, men må indhentes på ny.

Hvis du trækker samtykker tilbage, påvirker det ikke lovligheden af behandling eller videregivelse forud for tilbagekaldelsen.

Få mere information om behandlingen mm.

Hvis du gerne vil vide mere om behandlingen af dine oplysninger og dine rettigheder som registeret, kan du læse mere i det oplysningsbrev, som du får tilsendt, når Skandia indhenter oplysninger eller hvis dine oplysninger bliver videresendt til Videncenter for Helbred og Forsikring.

Ja, jeg giver tilladelse til, at mine oplysninger gerne må videregives mellem selskaberne i Skandiakoncernen i markedsføringsøjemed.

Dato:	CPR-nr:	Underskrift:
-------	---------	--------------

HEFO 0817 eftertryk/efterligning ikke tilladt

Samtykke: Når jeg vil tegne en forsikring eller ændre i en forsikring, jeg allerede har (FP 001)

Livs- og pensionsforsikring

Personlige oplysninger

Dato:

Navn:	CPR-nr:
-------	---------

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Skandia i forbindelse med min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er relevante for selskabets behandling af min ansøgning.

Skandia indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om - og på hvilke vilkår - jeg kan få en forsikring. Skandia må i den forbindelse videregive oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og relevante oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra. Skandia præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Skandia kan med dette samtykke i ét år fra datoen for min underskrift indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse, klinikker, centre og laboratorier.
- Speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Videncenter for Helbred & Forsikring (<http://helbredogforsikring.dk/>).

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år fra datoen for min underskrift videregive de relevante oplysninger til Skandia.

Hvem kan relevante sagsoplysninger videregives til?

Skandia kan med dette samtykke videregive relevante sagsoplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min ansøgning: Videncenter for Helbred & Forsikring (<http://helbredogforsikring.dk/>).

Hvilke typer af oplysninger kan indhentes, anvendes og videregives?

Samtykket omfatter indhentning, anvendelse og videregivelse af følgende kategorier af oplysninger:

- Helbredsoplysninger, herunder oplysninger om sygdomme, symptomer og kontakter til sundhedsvæsenet.

Samtykket omfatter ikke oplysninger om:

- Andre personers, f.eks. slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand.
- Resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikrings søgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
- Deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikrings søgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.

For hvilken tidsperiode kan der indhentes oplysninger?

Samtykket omfatter oplysninger for en periode på 10 år forud for tidspunktet for min underskrift af dette samtykke og frem til det tidspunkt, hvor Skandia har taget stilling til min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring.

Hvis oplysningerne for denne periode giver grundlag for det, kan Skandia med en konkret begrundelse også indhente oplysninger, som ligger forud for denne periode.

Tilbagetrækning af samtykke

Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage med virkning for fremtiden. Tilbagetrækningen kan have betydning for Skandias mulighed for at behandle min ansøgning om tegning eller ændring af forsikring

Personlige oplysninger

Dato:	CPR-nr:	Underskrift:
-------	---------	--------------

Vejledning om helbredsoplysninger

Hvorfor skal du give oplysninger om dit helbred?

En pensionsordning består dels af en opsparingsdel (rate- eller kapitalpension) og dels en forsikringsdel med nogle risikodækninger. Risikodækningerne kan f.eks. være dækning ved nedsættelse af erhvervsevne, dødsfald eller Kritisk Sygdom.

Når du vil oprette en pensionsordning, så har Skandia behov for oplysninger om dine helbredsmæssige til brug for vurdering af den forsikringsmæssige risiko ved de ønskede risikodækninger. Du skal derfor besvare en række spørgsmål om dit helbred. I nogle tilfælde vil Skandia også bede om en helbredsattest fra din læge. Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmålene udførligt, ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker.

Det er nødvendigt, at Skandia kender din risiko for invaliditet eller død, for at kunne fastsætte den rigtige pris for dine forsikringsdækninger. Har du problemer med dit helbred, f.eks. på grund af en ryglidelse eller dårligt hjerte, er din risiko for at blive invalid eller dø højere end gennemsnitsbefolkningen, og du må derfor betale en højere pris. En anden mulighed er at lægge en undtagelse (klausul) ind på forsikringen. Så betaler du normal pris, men du får ingen erstatning, hvis du bliver invalid på grund af den lidelse, undtagelsen omfatter.

Et grundlæggende princip i forsikring er, at alle bidrager økonomisk på lige fod. Det vil sige, at den gruppe af kunder der i forsikringsperioden er så heldige at forblive raske og uden skader, er med til at betale til den gruppe af kunder, der er knapt så heldige. Hvis nogle kunder giver mangelfulde eller forkerte oplysninger om deres helbred, så har det ikke kun betydning for dem selv, men også for de kunder, der har givet korrekte og fyldestgørende oplysninger. Derudover kan det også have betydning for din familie, der i sidste ende kan stå med en dækningsløs forsikring i tilfælde af, at du afgår ved døden.

Hvilke helbredsoplysninger skal du give?

Når du vil oprette en pensionsordning, har du kontakt med en pensionsrådgiver eller en mægler. De kan vejlede dig om udfyldelsen af skemaet med helbredsoplysninger og eventuelle andre spørgeskemaer. Du vil dog altid selv være ansvarlig for, om skemaerne er udfyldt korrekt.

Når du udfylder helbredserklæringen og andre spørgeskemaer, er det meget vigtigt, at du:

- besvarer alle spørgsmål
- giver oplysninger om nuværende sygdomme
- giver oplysninger om tidligere sygdomme
- giver oplysninger om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- giver oplysninger om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktorer, fysioterapeuter eller lignende

Du skal være særligt opmærksom på ryglidelser, psykiske lidelser og alkoholforbrug. Man kan være tilbøjelige til at bagatellisere problemer med ryggen eller fortie brug af piller og alkohol. Det kan også være svært at oplyse om f.eks. psykiske lidelser og kønssygdomme. Men du kan trygt afgive følsomme oplysninger med sikkerhed for, at meget få personer får dem at se og disse personer er underlagt tavshedspligt, ligesom resten af medarbejderne i Skandia. Hvis du ønsker det, kan du skrive de følsomme oplysninger i et brev og lægge det i en lukket kuvert stilet til Skandias Servicecenter.

Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom eller et lægebesøg, så skriv oplysningen ind i spørgeskemaet for en sikkerheds skyld, også selvom du tror, at det ikke har betydning for din forsikring.

Hvis du er usikker på, om du har fået det hele med, så kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal. Det er imidlertid ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger fra dine tidligere læger eller fra andre, der har behandlet eller undersøgt dig. Det kan derfor være nødvendigt, at du kontakter dem og/eller får hjælp af din familie. Du vil dog altid selv være ansvarlig for at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

Hvis du kommer i tanke om nogle helbredsforhold på et senere tidspunkt, som du har glemt at oplyse om, skal du kontakte Skandia.

Hvad sker der med dine helbredsoplysninger?

Når du har besvaret spørgeskemaerne, skal du sende dem til Skandia. Hvis Skandia på baggrund af skemaerne vurderer, at du er sund og rask og derfor ikke skal afgive yderligere oplysninger, så opretter vi uden videre en forsikring til dig på normale vilkår. Hvis du fejler eller har fejlet noget, så foretager Skandias Servicecenter den videre behandling af din sag. Servicecentret kan bede om flere oplysninger fra din læge, herunder kopi af din journal. Hvis Skandias Servicecenter fortsat finder, at der er nogle forhold der ikke er belyst tilstrækkeligt, kan Servicecentret bede om oplysninger fra f.eks. en speciallæge, der har behandlet dig, eller måske bede dig om at gennemgå nye lægeundersøgelser.

Resultatet kan blive, at du enten får tilbudt en forsikring på normale vilkår, eller en forsikring til en højere pris. En tredje mulighed er, at du får tilbudt en forsikring med klausul - det vil sige, at forsikringen ikke omfatter en konkret lidelse. Endelig kan resultatet også blive, at Skandia ikke har mulighed for at tilbyde dig en forsikring på nuværende tidspunkt.

Skandias Servicecenter træffer afgørelse på et lægefagligt og statistisk grundlag, der er udarbejdet med hjælp fra uafhængige eksperter. Skandia anvender et grundlag, der er udarbejdet af Videncenter for Helbred & Forsikring - det sikrer en ensartet og objektiv vurdering af dine oplysninger. Helbred & Forsikring indsamler nye oplysninger, der har betydning for bedømmelsen af helbredsoplysninger, så forsikringsselskaberne hele tiden får opdateret deres viden på området. Du kan læse mere på Helbred & Forsikrings hjemmeside: www.helbredogforsikring.dk

Når du underskriver din begæring om pensionsordning i Skandia, giver du med din underskrift Skandia ret til at videregive oplysninger om helbredsmaessige forhold til registrering og behandling i Videncenter for Helbred og Forsikring. Hvis Videncenter for Helbred og Forsikring vurderer, at forsikringen kan etableres på normale vilkår, så slettes de registrerede oplysninger.

Hvis det viser sig, at din forsikring ikke kan oprettes på normale vilkår, så vil de registrerede oplysninger blive opretholdt. Dette medvirker til, at det lægelige og statistiske grundlag for bedømmelserne kan forbedres. Hvis du bliver registreret, får du skriftligt besked om det, og du får også at vide, hvordan du kan se oplysningerne om dig og hvordan du eventuelt kan klage over dem.

Hvis skaden sker...

Hvis du bliver ramt af sygdom eller ulykke kan du søge om ydelse fra din forsikring (eksempelvis præmiefritagelse, udbetaling af invalidepension, udbetaling på grund af kritisk sygdom eller udbetaling i forbindelse med et dødsfald). Skandia vil indhente helbredsmaessige oplysninger til vurdering af, om du har ret til ydelser fra forsikringen. I den forbindelse kan Skandia med din eller dine efterladtes tilladelse bede om oplysninger fra læge, speciallæge eller hospital. Disse oplysninger sammenholdes med de svar, du gav, da du oprettede din pensionsordning. Det gør Skandia for at sikre, at der kun sker udbetaling til dem, der er berettiget til at få det.

Gav du korrekte svar, da du oprettede pensionsordningen, vil Skandia udbetale uden unødigt forsinkelse.

Gav du derimod mangelfulde eller forkerte oplysninger, da du oprettede din forsikring, kan dine risikodækninger blive sat ned eller i værste fald helt bortfalde. Nedsættelse eller bortfald af risikodækningerne kan forekomme, hvis Skandia vurderer at din forsikring ikke ville være oprettet på normale vilkår, hvis Skandia havde været bekendt med de korrekte oplysninger. Dette gælder også hvis der er tale om en anden sygdom, end den du aktuelt søger om ydelser for.

I særligt grove tilfælde er det strafbart at give forkerte eller mangelfulde oplysninger.

Hvis de mangelfulde eller forkerte svar ikke ville have haft betydning for de vilkår, som forsikringen er oprettet på, får det ingen følger for udbetalingen.

Ankemulighed

Hvis du er uenig i, utilfreds med eller ønsker uddybning af Skandias vurdering, er du velkommen til at kontakte Skandias Servicecenter enten telefonisk eller skriftligt. Hvis du har kommentarer eller nye oplysninger der kan have betydning for vurderingen, så beder vi dig stille dem til os skriftligt. Er der efterfølgende fortsat uenighed mellem dig og Skandia, har du mulighed for at indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet, og klageskema kan rekvireres ved henvendelse til Ankenævnet eller Skandia

Har du spørgsmål?

Har du spørgsmål om udfyldelse af helbredsoplysninger, er du velkommen til at kontakte Skandia på telefon 7012 1213.