

Egenerklæring om helse

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon nr.: _____

E-post: _____

Forsikrings nr.: _____

Hvis firmaavtale

Firmanavn: _____

Org. Nr.: _____

Dekning(er) det søkes om og forsikringssummer

	Forsikringssum	
<input type="checkbox"/> Livsforsikring/Gruppeliv	_____	G
<input type="checkbox"/> Uføreforsikring/Uførekapital/Annen sykdom	_____	G
<input type="checkbox"/> Kritisk sykdom	_____	G

Egenerklæring om helse

Gjeldende fra oktober 2009
Orientering om egenerklæringen

1. Formålet med erklæringen

Landbruksforsikring trenger informasjon for å vurdere hvilken risiko du representerer i forhold til generelle statistikker om helse, uførhet og død. Det er slike statistikker som ligger til grunn for beregning av forsikringspremier. God og riktig informasjon om din helsetilstand på søknadstidspunktet er derfor av avgjørende betydning for å fastsette riktig pris og riktige vilkår for din forsikring. Selskapets ansatte har lovbestemt taushetsplikt.

2. Hva har du plikt til å opplyse om

Det er viktig at både forsikringstakeren og forsikrede svarer riktig og fullstendig på alle spørsmålene, jfr. forsikringsavtaleloven § 13-1 bokstav a. Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold. Forhold som er eldre enn 10 år skal ikke oppgis. Får du liten plass, ber vi deg benytte deg av eget tilleggsark. På denne måten unngås mulige tvister mellom deg og Landbruksforsikring på grunn av feilaktige opplysninger om helse på søknadstidspunktet når eventuelt erstatning skal utbetales. Er erklæringen ufullstendig utfyllt, vil skjemaet bli sendt deg i retur.

3. Plikt til å opplyse om andre forhold

Du skal også gi opplysninger om andre forhold som kan være av vesentlig betydning for selskapets vurdering av din helse og risiko.

4. Overflødig informasjon

Dersom dokumentene som sendes til selskapet inneholder informasjon som er irrelevant for saksbehandlingen, vil denne informasjonen bli slettet eller returnert etter bestemmelsene i Personopplysningsloven og tilhørende konsesjon fra Datatilsynet.

5. Informasjon om selskapets behandling av dine personopplysninger

- Dine personopplysninger, vil bli konfidensielt behandlet og registrert i Landbruksforsikrings interne kunderegister, som tilfredsstillende de krav Personopplysningsloven stiller for sikkerhet.
- Formålet med behandlingen er å fastsette korrekte priser og vilkår for din forsikring og tilrettelegge tjenestene overfor deg.
- Personopplysninger kan sendes reassurandør i inn og utland dersom selskapet gjenforsikrer hele eller deler av forsikringsavtalen.
- Personopplysninger kan også bli overført til databehandler som utfører oppdrag for Landbruksforsikring og derfor behandler personopplysninger på vegne av selskapet, for eksempel datasentral eller ekstern salgskanal m.v.
- Dersom helseopplysninger eller særrisiko medfører premietillegg, reservasjon (for eksempel unntak for visse sykdommer eller plager) eller avslag på forsikringen, vil ditt 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 uførerstatning. Det står mer om ROFF og Nemnda for helsevurdering i pkt. 8 i orienteringen.
- Selskapet kan legge frem opplysninger om deg for Nemnda for Helsevurdering og eventuelt samarbeidende gjenforsikringsselskap for behandling.
- Selskapet har rapporteringsplikt til de offentlige myndigheter og personopplysninger kan bli utlevert til slike, samt til andre som har lovhjemmel til å kreve utlevert personopplysninger.

- De opplysninger du gir kan bli kontrollert mot offentlig tilgjengelig registre.
- På bakgrunn av registrerte opplysninger kan du bli kontaktet med tanke på ditt løpende kundeforhold, samt motta informasjon om selskapets øvrige produkter.

Du kan reservere deg mot direkte markedsføring etter Personopplysningsloven § 26 ved å henvende deg skriftlig til Landbruksforsikring, slik at din reservasjon kan registreres i selskapets interne reservasjonsregister.

6. Rett til innsyn

Du har full innsynsrett i de personopplysninger Landbruksforsikring har registrert om deg etter Personopplysningsloven § 18, samt rett til å kreve uriktige opplysninger rettet eller slettet. Skriftlig melding sendes selskapet.

7. Innhenting av ytterligere opplysninger

Selskapet vil innhente nærmere opplysninger basert på den informasjonen du selv har gitt i egenerklæringen. Dersom vi innhenter helseopplysninger fra leger, behandlere eller institusjoner som du har oppført i fullmaktserklæringen, NAV Trygd, eller andre forsikringsselskap hvor du har forsikringer, vil du bli informert. Hvis selskapet trenger ytterligere opplysninger for eksempel fra annen lege, vil du bli tilskrevet for å gi din fullmakt til dette. Hvis resultatet av risikovurderingen medfører at det blir tillegg i premie, reservasjon (at forsikringen ikke gjelder for et spesielt helseforhold) eller at forsikringen ikke kan tegnes (helt eller tidsbegrenset avslag), vil du få skriftlig melding om dette med begrunnelse for avgjørelsen. Dersom din helse i ettertid blir forbedret, kan du ta kontakt med oss og fremlegge skriftlig informasjon om dette. Selskapets risikoavdeling vil da vurdere om den nye informasjonen kan føre til en justering av betingelsene for din forsikringsavtale.

8. Annen registrering av dine opplysninger

Register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF): Finans Norge har et register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF). Registeret benyttes av forsikringsselskap tilknyttet Finans Norge for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. Opplysningene slettes etter 10 år og registreringen omfatter ikke helseopplysninger. Du har full innsynsrett i registeret og kan få tilgang til de registrerte opplysningene om deg ved å henvende deg til selskapet eller Finans Norge.

Nemnda for helsevurdering (NHV): Selskapet kan legge frem opplysninger om forsikrede for Nemnda for Helsevurdering og eventuelt samarbeidende gjenforsikringsselskap for behandling. NHV er Finans Norges fellesorgan for helsevurdering, og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra medlemselskapene, samt representanter for legeforeningen. NHV gir en anbefaling av søknaden. Anbefalingen er kun veiledende. Dersom NHV foreslår avslag på forsikringssøknaden, kan eventuelt søknaden sendes til samarbeidende gjenforsikringsselskap for vurdering av om dette selskapet likevel kan gi søkeren et tilbud om forsikring. Et kort anonymisert resymé av forsikredes sykehistorie vil bli registrert i Nemnda med det formål å lage en erfaringsbase.

9. Gjenforsikring/Reassuranse

I noen tilfeller er det aktuelt for forsikringsselskapet å avlaste risikoen ved å dele risikoen (gjenforsikre) med andre selskap (reassurandør). Hvis det er aktuelt for oss å gjenforsikre din forsikring, vil helseopplysningene dine kunne bli overført og registrert i gjenforsikringsselskapet.

Del A – Alle spørsmålene må besvares skriftlig av den forsikrede selv			
<ul style="list-style-type: none"> • Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt • Alle spørsmål må besvares så nøyaktig som mulig • Fullmakt må fylles ut, dateres og underskrives • Du skal ikke opplyse om forhold som ligger mer enn 10 år tilbake i tid 			
Yrke		Hva gjør du i det daglige? Beskriv:	
Har du bodd i Norden de siste 5 årene?		Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Hvis nei, hvor har du vært bosatt og hvilken periode
Skal du tjenestegjøre utenfor Norden?		Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Hvis ja, hvor?
		Hvem vil være arbeids-/oppdragsgiver?	
		Oppgi periode (fra – til)	
1	Høyde og vekt	→	Høyde, cm Vekt, kg
	Midjemål (frivilling)		Cm
2	Røyker du, eller har du røykt sigaretter, sigarer eller pipe daglig?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Hvis ja, hvor mange gjennomsnittlig pr dag?
			Hvis du har sluttet, hvor lenge siden er det
3	Har du noen fysisk eller psykisk sykdom eller symptomer, skade, medfødt lidelse eller funksjonssvikt?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Hvis ja, hvilke(n):
			Beskriv nærmere:
4	Har du eller har du hatt, noen av følgende sykdommer i løpet av de siste 10 år?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når
	<input type="checkbox"/> Kreft (celleforandringer, godartede svulster eller fjernet) <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Høyt kolesterol <input type="checkbox"/> Hjerte-/karsykdom <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lungesykdommer (astma/emfysem, kols el) <input type="checkbox"/> Sykdommer i fordøyelsesorganene (chrohns, ulcerøs kolitt, leversykdom el) <input type="checkbox"/> Sykdommer i nervesystemet (MS, CP, parkinsons el) <input type="checkbox"/> Nyresykdom <input type="checkbox"/> Hjernesykdom/hjerneslag <input type="checkbox"/> Lammelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hudsykdom/psoriasis/eksem <input type="checkbox"/> Revmatiske sykdommer (leddgikt, Bekhterevs, Annen sykdom av alvorlig karakter)		Beskriv sykdommen/sykdomsforløpet med egne ord
5	Har du nedsatt syn og/eller øyesykdom	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Beskriv
			Angi brillestyrke
6	Har du nedsatt hørsel, øresus og/eller øresykdom	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Beskriv
			Bruk av hjelpemidler

7	Har du i løpet av de siste 5 år vært hos lege? (Oppgi både siste og tidligere konsultasjoner)	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når (oppgi tidsrom/perioder): Legens navn og adresse Årsak: Resultat av undersøkelsen: Evt. utfyllende opplysninger:
8	Har du i løpet av de siste 10 år vært undersøkt eller behandlet av: <input type="checkbox"/> Psykolog/psykiater <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Kiropraktor <input type="checkbox"/> Naturmedisiner eller andre behandlere	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når (oppgi tidspunkt/perioder) Beskriv nærmere/årsak
9	Har du i løpet av de siste 10 årene vært innlagt eller vært til dag behandling på: <input type="checkbox"/> Sykehus/poliklinikk/daghospital <input type="checkbox"/> Klinikk <input type="checkbox"/> Kursted <input type="checkbox"/> Annen behandling sinstitusjon	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når (oppgi tidspunkt/perioder) Årsak: Beskriv nærmere plagene/diagnosen Behandlende lege (oppgi navn og sted)
10	Bruker du, eller har du i løpet av de siste 5 år brukt medisiner/legemidler foreskrevet av lege?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Hvis ja, hvilke(n)? Tidsrom for bruk Årsak Hvilken lege foreskrev medisinene
11	Har du i løpet av de siste 5 år vært helt eller delvis sykemeldt i en uke eller mer? (oppgi både siste og tidligere sykemeldinger)	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når: Antall uker: Årsak (spesifiser):
12	Har du avtalt, eller blitt anbefalt, besøk hos: <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Spesialist <input type="checkbox"/> Innleggelse på sykehus <input type="checkbox"/> Annen helseinstitusjon	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> →	Når Beskriv nærmere/årsak

13	Har du i løpet av de siste 12 måneder tatt, eller blitt henvist for å ta medisinske prøver eller undersøkelser? (Blodprøver, røntgen, CT, MR, ultralyd, endoskopi, gastroskopi, spesialundersøkelse o.l.)	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Når (oppgi tidspunkt/perioder)
		Ja	<input type="checkbox"/>		Hva slags prøver/undersøkelser?
					Årsak til undersøkelsen
					Resultat/diagnose
					Er du ferdig utredet
					Hvis nei, hva er planlagt videre
					Behandlede lege (oppgi navn og sted)
14	Har du eller har du hatt noen av følgende lidelser i løpet av de siste 10 år? <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Depresjon <input type="checkbox"/> Utbrenthet/utmattethet <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> Andre psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Diffuse smertetilstander	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Når (oppgi tidsrom/perioder)
		Ja	<input type="checkbox"/>		Beskriv sykdommen med egne ord
					Har du søkt eller blitt anbefalt å søke innleggelse eller behandling på sykehus eller annen behandling/institusjon
					Hvis ja, når
					Hvor behandlet
15	Driker du alkohol?	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Hvis ja, oppgi gjennomsnittlig forbruk pr uke i antall glass
		Ja	<input type="checkbox"/>		Øl glass (33 cl)
					Vin glass (15 cl)
					Brennevin glass (4 cl)
16	Har du, eller har du de siste 10 årene hatt et høyt forbruk/problemer med alkohol, eller har du blitt anbefalt behandling for dette?	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Når (oppgi tidspunkt/perioder)
		Ja	<input type="checkbox"/>		Har du hatt høyt forbruk/problemer
					Har du blitt behandlet, oppgi navn/sted:
17	Bruker du eller har du brukt narkotika, rusmidler eller andre stimulerende midler? (eks hasj, marihuana, kat, amfetamin, heroin, extacy, LSD, kokain, GHB, organiske løsemidler, anabole steroider, rohypnol, valium o.l.)	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Hvilke stoffer/midler
		Ja	<input type="checkbox"/>		Når (oppgi tidsrom/periode)
					Årsak til bruk
					Har du blitt behandlet for dette?
					Hvis ja, oppgi behandlingssted/lege og dato
					Bruker du fortsatt narkotika/rusmidler?
18	Skal du oppholde deg i krigsfarlige strøk i de kommende 24 mnd.?	Nei	<input type="checkbox"/>	→	Hvis ja, gi en beskrivelse
		Ja	<input type="checkbox"/>		Hvis ja, når?
					Hvor?

Del B – Fylles i tillegg ut dersom du søker uføreforsikring/uførekapital/annen sykdom				
19	Har du mottatt behandling eller vært i kontakt med hjelpeapparat i forbindelse med lese-/skrivevansker, lærer- og/eller konsentrasjonsvansker	Nei <input type="checkbox"/>	→	Når
		Ja <input type="checkbox"/>		Årsak/diagnose
20	Er du for tiden helt eller delvis: <input type="checkbox"/> Arbeidsufør/sykemeldt <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/> Mottar uførepensjon	Nei <input type="checkbox"/>	→	Årsak:
		Ja <input type="checkbox"/>		Når (oppgi tidsrom)
21	Har du i løpet av de siste 10 år <input type="checkbox"/> Vært sykemeldt utover 8 uker <input type="checkbox"/> Søkt om arbeidsavklaringspenger eller andre ytelser fra NAV <input type="checkbox"/> Søkt utbetaling av uføreytelse (betalingsfritak, uførerente, uførekapital, yrkesskadeborsikring osv) fra forsikringsselskap eller pensjonskasse?	Nei <input type="checkbox"/>	→	Når
		Ja <input type="checkbox"/>		Hvorfor
		Resultat av søknaden		
22	Har du i løpet av de siste 5 år hatt plager utover en uke og/eller hatt gjentatte plager med: <input type="checkbox"/> Rygg <input type="checkbox"/> Nakke <input type="checkbox"/> Skulder <input type="checkbox"/> Armer <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Kne <input type="checkbox"/> Hoffer <input type="checkbox"/> Bekken <input type="checkbox"/> Muskler <input type="checkbox"/> Sener <input type="checkbox"/> Ledd <input type="checkbox"/> Migrene/hodesmerter <input type="checkbox"/> Allergi	Nei <input type="checkbox"/>	→	Når (oppgi tidsrom/perioder)
		Ja <input type="checkbox"/>		Beskriv sykdommen/sykdomsforløpet med egne ord:
		Har du fortsatt plager?		
		Behandlede lege (oppgi navn og sted)		
23	Har du vært utsatt for noen ulykke eller blitt påført skade som har medført legebehandling eller arbeidsuførhet?	Nei <input type="checkbox"/>	→	Når
		Ja <input type="checkbox"/>		Hva slags skade/ulykke
		Hvilke mén		
		Tilstand i dag		
24	Har du i løpet av de siste 5 år vært utmattet eller hatt unormal tretthet i mer enn 2 uker? (Med dette mener vi uforklarlig slitenhet/ energimangel som ikke skyldes for stor aktivitet, og som ikke bedres med hvile. Eller unormal tretthet som ikke skyldes mangel på søvn)	Nei <input type="checkbox"/>	→	Beskriv

Del C – Fylles i tillegg ut dersom du søker kritisk sykdom				
25	Har du eller har du hatt noen av sykdommene som er omfattet av forsikringen "kritisk sykdom"? For utfyllende liste se vilkår.	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, gi nærmere opplysninger
		Ja	<input type="checkbox"/> →	
26	Har dine foreldre eller søsken lidd av:			
	Multipel sklerose?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) eller andre motornevro sykdommer?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Hjerte- og karsykdommer, inklusive utposning på hjernens blodårer, utposning på hovedpulsåra (aorta aneurisme) før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Hjerneslag før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Epilepsi før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Nyresykdom før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Diabetes (sukkersyke) før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Kreft før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Alzheimers sykdom før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Parkinsons sykdom før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden
	Reumatoid artritt før 65 år?	Nei	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
		Ja	<input type="checkbox"/> →	Alder ved sykdomsintreden

	Morbus Crohn før 65 år?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
					Alder ved sykdomsintreden
	Ulcerøs kolitt før 65 år?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	Hvis ja, hvor mange har hatt sykdommen?
					Alder ved sykdomsintreden

Annet – fylles ut ved alle deknings					
27	Vet du om andre særlige forhold som er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av din helse, eller har du nå eller tidligere hatt andre sykdommer, skader eller plager utover det som er spurt om eller oppgitt i denne erklæringen?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→	Når
					Beskriv sykdommen/sykdomsforløpet med egne ord
28	Annet				

Del D – Fylles ut av alle	
Forsikredes fullmakt og erklæring ved søknad om forsikring	
Fornavn, etternavn	
Fødselsnummer (11 siffer)	
<p>Fullmakt Jeg gir med dette Landbruksforsikring AS fullmakt til å innhente de opplysninger om meg som selskapet anser nødvendige og relevante for å vurdere min forsikrings søknad. Denne fullmakten fritar de som har taushetsbelagte opplysninger om meg fra deres taushetsplikt.</p> <p>Fullmakten er begrenset slik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om for eksempel sykdommer, helseplager og skader kan kun innhentes hos leger, behandlere og institusjoner jeg har oppgitt i denne erklæringen, samt fra NAV Trygd, og andre forsikrings selskap. • Ønsker Landbruksforsikring AS informasjon fra andre kilder, plikter selskapet å innhente ny fullmakt. • Fullmakten omfatter ikke opplysninger som er eldre enn 10 år regnet fra søknadsdato. • Fullmakten gjelder ikke rett til å innhente eller bruke informasjon fra genetiske tester som er tatt for å avdekke risiko for fremtidig sykdom og som forsikrings selskapene etter Bioteknologiloven ikke har lov til å bruke. <p>Jeg er kjent med og samtykker i følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nødvendige og relevante helseopplysninger kan innhentes fra andre forsikrings selskap jeg har forsikringsavtale med og fra ROFF. Utbetaling fra forsikringen vil kunne kreve at det innhentes ytterligere opplysninger. Landbruksforsikring AS må da forelegge meg en ny fullmakt som jeg må underskrive før slike opplysninger kan innhentes. Det er ikke nødvendig med ytterligere fullmakter for å innhente informasjon ved dødsfall. • Landbruksforsikring AS kan legge frem opplysninger om meg for Nemnda for Helsevurdering og eventuelt samarbeidende gjenforsikrings selskap for behandling. 	
<p>Erklæring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeg samtykker i at personopplysningene behandles av Landbruksforsikring AS. • Jeg bekrefter med dette at egenerklæringen er fylt ut av meg og at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. • Jeg bekrefter å ha gjort meg kjent med informasjonen i "Orienteringen om egenerklæringen" • Jeg er kjent med at mine opplysninger sammen med opplysninger som er hentet fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med Landbruksforsikring AS. • Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan medføre at: <ul style="list-style-type: none"> ○ Forsikringen ikke vil bli satt i kraft. ○ Forsikringssummen(e) ikke blir utbetalt. ○ Landbruksforsikring AS kan ved misligholdt opplysningsplikt si opp de andre forsikringene jeg har i selskapet. • Jeg er kjent med at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet og/eller diagnose/operasjon/ventelisteoppføring som følge av sykdom, skade eller lidelse som har vist tegn og/eller symptom eller blitt påvist i løpet av 3 måneder etter at forsikringen første gang trådte i kraft eller sist ble gjenopptatt. <p><i>Fyll ut feltene nedenfor</i></p>	
Oppgi navn og adresse på fastlege eller fastlegekontor	
Andre benyttede legesentre/sykehus:	
Andre forsikrings selskaper hvor jeg har livsforsikring:	
Andre benyttede instanser (angi også evt. utenlandske trygdemyndigheter/sykehus/leger)	
Dato	Sted
Forsikredes underskrift	Verges underskrift (hvis forsikrede er under 18 år)

Skjemaet sendes til Landbruksforsikring AS, Postboks 1897 Vika, 0124 OSLO
Konvolutten merkes "Helseerklæring"