

Kundevejledning om helbredsoplysninger

Rigtig præmie og fuld forsikringsdækning!

1. Hvorfor skal du give oplysninger om dit helbred?

Når du vil sikre dig selv og din familie med en livs- og pensionsforsikring, skal du besvare en række spørgsmål om dit helbred. Ofte vil forsikringsselskabet også bede dig om en helbredsattest fra din læge. Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål nøjagtigt, ellers risikerer du i værste fald at stå uden dækning, hvis skaden sker.

For at du kan være sikker på at betale den rigtige præmie for din livs- og pensionsforsikring, må forsikringsselskabet kende din risiko for at blive invalid eller dø. Har du et mindre godt helbred, f.eks. på grund af en ryglidelse eller dårligt hjerte, er din risiko for at blive invalid eller dø højere end normalt, og derfor må du betale en højere præmie. En anden mulighed er at lægge en undtagelse ind i forsikringen. Så betaler du normal præmie, men du får ingen erstatning, hvis du bliver invalid på grund af den lidelse, undtagelsen gælder.

Al forsikring hviler på, at dem, der er raske og slipper for skader, betaler til de uheldige. Hvis nogle kunder giver mangelfulde og upræcise oplysninger om deres helbred, snyder de både de ærlige kunder og måske også sig selv og familien i sidste ende, for de risikerer at stå med en forsikring, der pludselig kan være værdiløs.

2. Hvilke helbredsoplysninger skal du give?

Når du vil tegne en livs- og pensionsforsikring, har du kontakt med en assurandør, en pensionsrådgiver eller en anden kundevejleder. De kan vejlede dig om udfyldelsen af skemaet om helbredsoplysninger og evt. andre spørgeskemaer. Men ansvaret for, at skemaerne udfyldes rigtigt, er dit og dit alene.

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

- at du besvarer alle spørgsmål
- at du giver oplysning om nuværende sygdomme
- at du giver oplysninger om tidligere sygdomme
- at du giver oplysninger om varigt eller midlertidigt forbrug af medicin
- at du giver oplysninger om alle undersøgelser og behandlinger hos læger, kiropraktorer, fysioterapeuter el. lign.

Du skal være særligt opmærksom på ryglidelser og psykiske lidelser og på alkoholforbrug. Nogle er tilbøjelige til at bagatellisere problemer med ryggen eller fortie brug af piller og alkohol. Andre har svært ved at fortælle om f.eks. psykiske lidelser og kønssygdomme. Men du kan trygt give følsomme oplysninger. Meget få personer ser dine oplysninger, og de har alle tavshedspligt ifølge

loven. Hvis du ønsker det, kan du skrive de følsomme oplysninger i et brev og lægge det i en lukket kuvert stilet til forsikringsselskabets lægekantor.

Selvfølgelig kan du være usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom eller et lægebesøg. For en sikkerheds skyld skal du nævne alle de forhold, du kan komme i tanke om, også selvom du tror, at de ikke har betydning for din forsikring.

Hvis du er i tvivl, om du har det hele med, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal. Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger fra dine tidligere læger eller fra andre, der har behandlet og undersøgt dig. Så måske skal du også kontakte dem og desuden få din familie til at hjælpe dig. Men det er dig og dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

Kommer du senere i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du rette henvendelse til forsikringsselskabet.

3. Hvad sker der med dine helbredsoplysninger?

Når du har besvaret spørgeskemaerne, skal du efter aftale aflevere eller sende dem til dit forsikringsselskab. Er dine oplysninger uproblematiske, bliver der uden videre tegnet en forsikring på almindelige vilkår.

Hvis du fejler eller har fejlet noget, tager forsikringsselskabets eget lægekantor normalt stilling til din forsikringsbegæring. De kan bede om flere oplysninger fra din læge, herunder kopi af din journal. Hvis forsikringsselskabet fortsat finder, at visse forhold ikke er belyst godt nok, kan selskabet også 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 præmie. En tredje mulighed er, at du får tilbudt en forsikring med en undtagelse om, at en bestemt lidelse ikke udløser erstatning. Endelig kan forsikringsselskabet meddele, at det ikke har mulighed for at tilbyde dig en forsikring på nuværende tidspunkt.

Forsikringsselskabets lægekantor træffer sin afgørelse på et lægefagligt og statistisk grundlag, der er udarbejdet med hjælp fra uafhængige eksperter. Mange forsikringsselskaber anvender et grundlag, der er udarbejdet af Bedømmelsesforeningen. Dette sikrer en ensartet og objektiv vurdering af de oplysninger, du har givet. Bedømmelsesforeningen indsamler nye oplysninger, der har betydning for bedømmelsen af dine helbredsoplysninger, så forsikringsselskaberne hele tiden får opdateret deres viden på området.

Når du underskriver din begæring om en livs- og pensionsforsikring, giver du med din underskrift forsikringsselskabet ret til at modtage oplysninger fra de offentlige myndigheder, læger og andre forsikringsselskaber, der har oplysninger om din helbredstilstand.

Hvis du ikke kan tegne en forsikring på normale vilkår, giver du også med din underskrift, forsikringsselskabet lov til at registrere dig i Bedømmelsesforeningen. Dette medvirker til, at det lægelige og statistiske grundlag for bedømmelserne kan forbedres. Hvis du bliver registreret, får du

besked om det skriftligt, og du får også at vide, hvordan du kan se oplysningerne om dig, og hvordan du eventuelt kan klage over dem.

4. Hvis skaden sker

Hvis du bliver ramt af en sygdom eller en ulykke, og din forsikring skal udbetales, vil forsikrings-selskabet indhente oplysninger om din sygdom eller død. I den forbindelse kan selskabet med din eller dine efterladdes tilladelse bede om oplysninger fra læge, speciallæge eller hospital. Disse oplysninger sammenholdes med de svar, du gav, da du tegnede din forsikring. Det gør selskabet for at sikre, at der kun udbetales erstatning til dem, der er berettiget til at få det.

Gav du korrekte svar, da du tegnede forsikringen, bliver din erstatning udbetalt uden unødigt forsinkelse.

Gav du derimod forkerte oplysninger, da du tegnede forsikringen, kan din erstatning blive sat ned eller i værste fald helt bortfalde. Det sker, hvis forsikringsselskabet ikke ville have tegnet din forsikring på normale vilkår, hvis de havde kendt de rigtige oplysninger. Og det gælder også, selvom det ikke er den samme sygdom, der er fortiet oplysninger om, som du senere søger erstatning på grund af.

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

Hvis de urigtige svar ikke ville have betydet noget for de vilkår, forsikringen blev tegnet på, får det ingen følger for udbetalingen af erstatningen.

Oktober 1997