

Til lægen

Pensionsordning

På grund af størrelsen af den samlede risiko på den pensionsordning, kunden ønsker at oprette hos os, beder vi dig udfylde vedlagte attester.

Samtidig ønsker vi resultaterne af følgende prøver:

Røntgen af brystkassen (alternativt lungefunktionsundersøgelse)
EKG

Blodprøver:

Kolesteroler (HDL, LDL, Total-kolesterol og Triglycerid)
GGT
ALAT
S – Kreatinin
HbA1c
CRP (C – reaktivt protein)
HIV-antistof (HIV – Antistof attest vedlagt)

Alle undersøgelser skal være nye og med referenceværdier, og vi beder dig sende dem til os inden for tre uger efter undersøgelserne. Vi betaler honoraret for undersøgelserne.

Venlig hilsen

Helbredsafdelingen
Velliv
Telefon 70 33 30 03

Oplysninger om dig

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Stilling	

Til forsikrings søgende:

- Du skal selv henvende dig til din alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge for at få udfyldt denne attest. Husk at oplyse lægen om, at du skal have udfyldt FP 100.
- Du skal selv gennemlæse svarene og underskrive attesten for at bekræfte, at alle helbredsforhold er med. Du er selv ansvarlig for, at attesten bliver udfyldt korrekt.
- Vær opmærksom på, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortælse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikrings- aftaleloven nedsættes eller ophæves.

Til lægen:

- Spørgsmålene i attestens afsnit II bedes besvaret for en periode på 10 år forud for d.d.
- Attesten er en generel attest, og du skal derfor udfylde hele attesten.
- Ved udfyldelse ønsker selskabet, at du har særligt fokus på _____

Afsnit I: Lægens oplysninger

1	a. Er du forsikrings søgendes sædvanligt benyttede alment praktiserende læge?	NEJ	JA	Hvis JA, siden hvornår? (måned/år)
	b. Kender du forsikrings søgende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvordan er identiteten fastslået?

Afsnit II: Lægens spørgsmål til forsikrings søgende med patientoptegnelser

1. Patienten udspørges om tidligere og nuværende sygdomme, undersøgelser, behandlinger, forbrug af medicin, alkohol, tobak og stimulerende midler. Relevante patientoptegnelser, fx lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar, bedes vedlagt.
2. Du bedes være opmærksom på, at følgende oplysninger ikke må videregives til selskabet:
 - Oplysninger om andre personers, f.eks. slægninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand.
 - Oplysninger om resultat af gentest, som er udført for at belyse den forsikrings søgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
 - Oplysninger om deltagelse i samt resultater af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultater 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.
3. Vær opmærksom på konsekvensen for patienten, såfremt der er afgivet mangelfulde oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens bestemmelser (se ovenfor).

For spørgsmål 1A-1N oplyses om diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer. Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.				
1	Har den forsikrings søgende eller har den forsikrings søgende indenfor de seneste 10 år haft:	NEJ	JA	
	a. Infektionssygdomme, (undtagen alm. forkølelsetilfælde), fx hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, trope-sygdomme, malaria, HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Navn _____

CPR-nr. _____

1	<p>b. Godartede eller ondartede tumorer/svulster, fx kræft (cancer), forstadier til kræft (celleforandringer), blod- og lymfekræft, polypper, cyster og/ eller andre godartede svulster?</p>	NEJ	JA	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>c. Blodsygdomme, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?</p>	NEJ	JA	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>d. Stofskiftesygdomme, fx sukkersyge (herunder forhøjet blodsukker og graviditetsdiabetes), struma eller forstyrrelser i stofskiftet og forhøjet kolesterol i blodet?</p> <p>NB: Ved stofskiftesygdomme (inkl. dyslipidæmi) angives kontrolværdier og evt. behandling.</p>	NEJ	JA	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>e. Psykiske sygdomme, fx depression, nervøsitet, angst, stress, krisereaktion mv.?</p> <p>Har der været suicidale tendenser eller forgiftningstilfælde?</p>	NEJ	JA		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>f. Sygdomme i nervesystemet (inkl. øjen- og øresygdomme), fx hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, kramper eller besvimelser, lammelser eller bevægeforstyrrelser, hjerneblødning, blodprop, føleforstyrrelser, herunder multipel sklerose?</p>	NEJ	JA		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>g. Hjerter-, kredsløbs- eller karsygdomme, fx forhøjet blodtryk, angina pectoris, hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme, blodprop, hjerte- eller hjerte-klapfejl, åreknuder eller årebetændelser, blodprop i ben, vindueskiggersyndrom (claudicatio intermittens)?</p> <p>NB: Ved forhøjet blodtryk angives initialt blodtryksniveau, aktuel behandling og behandlingsperiode.</p>	NEJ	JA		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Navn _____

CPR-nr. _____

1	<p>h. Lunge- eller luftvejssygdomme, fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis, rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, emfysem og sarkoidose?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>i. Fordøjelsessygdomme (mave, tarme, lever, galde og bugspytkirtel), fx sårdannelser (ulcus) eller blødninger, mavekatar, spiserørsgener eller reflux, fordøjelsesbesvær (nervøs tyktarm, cøliaki eller allergi), tyk- eller tyndtarmsbetændelse, tarmslyng, polypper, gulsot eller leverbetændelse, galdesten, fedtlever (steatose), påvirkede levertal (blodprøver), bugspytkirtelbetændelse?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>j. Hudsygdomme, fx eksem (inkl. allergi), hudkræft, psoriasis, betændelsestil- stande (inkl. bylder), blæreudslæt og kønssygdomme?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>k. Sygdomme i eller gener fra nakke, ryg eller lænd, fx myoser, iskias, diskusprolaps, lumbago, whiplash, sygdomme i rygsøjlen, rygsækvhed?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>l. Sygdomme i led, sener, knogler og bindevæv, fx sene- og ledbåndsskader, slidgigt, gigt (reumatologiske sygdomme), fibromyalgi, osteoporose, hypermobilitet og bækkenløsning?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Navn _____

CPR-nr. _____

1	m. Nyre- og urinvejs sygdomme samt gynækologiske sygdomme (inklusive graviditetskomplikationer), fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein eller bakterier i urinen, fjernelse af nyre, misdannelser eller cyster, kvindelige gynækologiske problemer og mandlige urinvejsproblemer (inkl. prostata)?	NEJ	JA	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	n. Andre sygdomme end de ovennævnte bortset fra ukomplicerede børnesygdomme, almindelige kortvarige og ikke tilbagevendende infektionssygdomme samt komplikationer til kosmetiske behandlinger?	NEJ	JA	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Er forsikrings søgende kommet til skade indenfor de seneste 10 år?	NEJ	JA	Hvis JA. Hvornår? (måned/år)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hvis JA, er der følger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvori bestod skaden?
	Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.			Hvis JA, hvilke symptomer og evt. mæn-procent?
3	Har der indenfor de seneste 10 år været længerevarende sygdommelding/ uarbejdsdygtighed (mere end én måned)?	NEJ	JA	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Af hvilken årsag?
4	Har forsikrings søgende ud over det oplyste været i længerevarende (mere end én måned) eller tilbagevendende medicinsk behandling, herunder med beroligende eller smertestillende medicin indenfor de seneste 10 år?	NEJ	JA	Hvis JA. Af hvilken årsag?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				I hvilke perioder? (måned/år)
				Aktuelt? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>

Navn _____








CPR-nr. _____

5	Anvender eller har forsikrings-søgende indenfor de seneste 10 år anvendt euforiserende midler (fx heroin, speed, kokain, ecstasy og LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre stimulerende eller beroligende midler?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____ Aktuelt? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Hvilke præparater/stoffer? _____ Er der følger? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Hvilke? _____
	6 a. Drikker forsikrings-søgende øl, vin, hedvin eller spiritus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____
	b. Har forsikrings-søgende indenfor de seneste 10 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____ I hvilke perioder? (måned/år) _____
	c. Har forsikrings-søgende indenfor de seneste 10 år modtaget behandling eller rådgivning for et overforbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____ Aktuelt? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Hvilken behandling/rådgivning? _____ Med hvilken effekt? _____
7	a. Ryger forsikrings-søgende?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Hvor stort et dagligt forbrug? (antal cigaretter, cigarer, pibestop) _____ _____
	b. Har forsikrings-søgende røget indenfor de seneste 10 år?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____ Hvor stort et dagligt forbrug? (antal cigaretter, cigarer, pibestop) _____ _____
Jeg har gennemlæst besvarelsenerne og erklærer hermed, at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og intet er fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan ophæves eller dækningen kan blive nedsat, hvis oplysningerne er ufuldstændige, forkerte, eller hvis fortielse har fundet sted.				
Dato _____		Forsikrings-søgendes underskrift _____		CPR-nr. _____

Navn _____

CPR-nr. _____

Afsnit III: Lægens undersøgelse

1	Forsikringsgøgendes højde og vægt.		Højde (uden sko): _____ cm Vægt (uden overtøj): _____ kg
2	Kan der påvises noget abnormt ved:	NEJ JA	Hvis JA udbedes en nærmere beskrivelse.
	a. Hoved, mundhule, svælg, hals?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	b. Øjne, inkl. synsfunktion med bedste korrektion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Synsstyrke (m. korr.) hø.: _____
	c. Ører, inkl. hørefunktion med bedste hørekorrektion? Hørefunktionen kan måles med hviske- og talestemme i fire meters afstand.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hørefunktion (m. korr.): _____
	d. Brystkasse, inkl. deformiteter og bevægelighed?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Peakflow målinger (LFU) ved lungesygdom: Måling 1: Måling 2: Måling 3: 
	e. Lunger, inkl. stetoskopi? Ved lungesygdom, herunder astma og bronkitissymptomer, udbedes tre peakflow målinger (evt. en spirometri).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Puls Blodt-tryk Måling 1: Måling 2: Måling 3: Rytme: Systolisk    Frekvens: Diastolisk   
	f. Hjerte og kar, inkl. stetoskopi, puls og blodtryk? Der foretages tre blodtryksmålinger med mindst ét minuts mellemrum, efter forsikringsgøgende har haft mindst fem minutters hvile. Ved nyopdaget forhøjet BT: Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
	g. Underlivet (abdomen), fx udfyldning, organsvulst, ømhed, ar? Der ønskes ikke gynækologisk eller rektal undersøgelse.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	h. Rygsøjle, inkl. abnorme krumninger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	i. Arme, ben og led, fx åreknuder, ødemer, perifere pulsforhold, tegn på bestående eller overstået årebetændelse, muskelsvind?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	j. Hud og lymfekirtler (hals, armhule, lyske)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	k. Ydre kønsorganer, inkl. palpation af bryster?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
	l. Undersøgelse af nervesystemet, fx lammelser, rysten reflekser, føleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Navn _____

CPR-nr. _____

<p>3</p>	<p>Undersøgelse af urinen ved stix.</p> <p>Ved nyopdagede positive fund: Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"> Protein Resultat Blod </p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Ved positiv reaktion skal resultatet af eventuel umiddelbar efterfølgende kontrolundersøgelse anføres nedenfor.</p> <p>Kontroldato _____</p> <p style="text-align: center;"> Protein Resultat Blod </p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p>Hvis JA, hvilken? _____</p>
<p>4</p>	<p>Tyder udseende eller fremtræden på nogen svagelighed eller sygelighed, herunder psykisk lidelse?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA. Hvordan?</p> <p>_____</p>
<p>5</p>	<p>Anser du forsikringssøgende for:</p> <p>Rask (uden sygdomssymptomer)?</p> <p>Fuldt arbejdsdygtig?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ.</p> <p>Hvorfor ikke? _____</p> <p>Hvorfor ikke? _____</p>
<p>Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til forsikringssøgende samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Dato Lægens underskrift</p> <p style="text-align: center;">Nøjagtig adresse (stempel):</p> <p>Betaling kan ske til NemKonto, for det angivne CPR-/CVR-/SE-nr.</p> <p>CPR-nr., CVR eller SE-nr.</p> <p>_____</p> <p>Giro/bank reg.nr. og kontonr.</p> <p>_____</p>			<p>Attesten sendes i lukket kuvert mærket HELBREDSATTEST til:</p> <p style="text-align: center;">Velliv Lautrupvang 10 2750 Ballerup</p>

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftale mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv.

Velliv / Lautrupvang 10 / 2750 Ballerup

Telefon: 70 33 99 99 / kontakt@velliv.dk / www.velliv.dk / Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, CVR-nr. 24260577

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring og Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring og Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

Til den forsikringsøgende

I anledning af din ansøgning om personforsikring udbedes supplerende helbredsoplysninger. Du bedes henvende dig til en læge for at få udtaget blodprøver og få udfyldt denne attest.

Til den undersøgende læge

I forbindelse med ovennævntes forsikringsbegæring ønskes en HIV-antistoftest.

Der udtages en blodprøve, som sendes til Statens Seruminstitut eller et andet laboratorium sammen med blanket "VIRUS (blanket 2)". Forsikringsselskabets navn påføres i rubrikken "Indsender" under attestudstedende læges navn og adresse.

Forsikringsselskabet betaler HIV-attesten efter fremsendelse af regning (påført den testedes navn og CPR.nr.).

Efter modtagelsen af prøvens resultat påføres Seruminstitutts svar nedenfor. Såfremt der i svaret udbedes fornyet prøve, bedes lægen foranledige denne udtaget og dette prøveresultat påføres attesten.

Attesten må ikke videresendes til forsikringsselskabet uden den forsikringsøgendes accept (jf. nedenstående erklæring 4).

Undersøgelse for HIV-antistof

Undersøgelsens konklusion.

HIV-antistof ikke påvist

Blodprøven er udtaget den: _____

HIV-antistof påvist

Prøveresultatet dateret den: _____

Blodprøven er udtaget af ovennævnte under min kontrol, og denne attest er udfærdiget af mig i nøje overensstemmelse med det faktiske resultat.

Sted og dato

CPR-nr./SE-nr.

Lægens underskrift og stempel

Forsikringsøgendes accept i lægens nærværelse

Jeg giver herved tilladelse til, at attesten må videresendes til det forsikringsselskab, hvor jeg søger forsikring.

Sted og dato

Forsikringsøgendes underskrift

Attesten bedes sendt i lukket kuvert mærket attest til lægen ved:
