

Försäkrad/gruppmedlem

» Personuppgifter (företagsuppgifter i förekommande fall)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post
Företagsnamn - i förekommande fall	Organisationsnummer - i förekommande fall

» Hälsfrågor – samtliga ska besvaras

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Besvara följande frågor om ej annat anges vid respektive fråga. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, symptom/besvär, HIV samt all sjukskrivning längre tid än 14 dagar i följd, ska anges.

1a. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna*.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1b. Om Nej, vad är orsaken till din arbetsförmåga?	1c. Sedan när är du arbetsförmögen?
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i> .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

* För vissa försäkringsprodukter gäller endast svensk försäkringskassa. Se vid var tid gällande produktspecifika teckningsregler.

» Allmänt

3. Yrke (inkl. bisysslor), studier, annan verksamhet.	
4. Besvaras av icke svensk medborgare: 4a. Nationalitet	4b. Hur länge har du varit bosatt i Sverige?
5. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg	
6. Utövar du något av följande: - kampsport eller liknande aktivitet, yrkesdykning, dykning djupare än 18 meter, stuntman, luftakrobatik, bergsklättring, fallskärms-hoppning, bungyjump, Extremskidåkning (skidåkning utanför markerade pister), segel-/ballong-/drakflygning, klippklättring (inkl på snö och is) eller deltagande i expeditioner av liknande äventyrskaraktär, - deltagande i motorsport, verksamhet på oljeplattform eller på tak på höga byggnader > 12 meter, - flygning, annat än i egenskap av passagerare i licensierat flermotorigt flygplan drivet av ett kommersiellt flygbolag som står under statlig kontroll. Om Ja, vad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7a. Röker du? Om Ja, hur många dagligen? <input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> >20 Om mer än 20, hur många?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7b. Om du slutat röka, ange när och om det var av medicinska skäl.	
8a. Hur stor är din alkoholkonsumtion/vecka? Öl _____ cl/vecka Vin _____ cl/vecka Sprit _____ cl/vecka	
8b. Har du haft större konsumtion tidigare? Om Ja, hur mycket? Öl _____ cl/vecka Vin _____ cl/vecka Sprit _____ cl/vecka	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8c. Har du någon gång sökt vård för alkoholrelaterade problem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se 077-440 00 10

9a. Går du på regelbundna hälsokontroller? Om Ja , besvara nedanstående.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9b. Ange anledningen till hälsokontrollen	9c. Ange eventuell bakomliggande sjukdom/skada	
9d. Resultat av hälsokontrollen <input type="checkbox"/> Utan anmärkning	9e. Annat resultat	

» Sjukdom, symptom eller skada

10. Har du någon läkare eller annan vårdgivare du brukar anlita? Om Ja , av vilken anledning? Läkarens/vårdgivarens namn och adress?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS-Virus)? Om Ja , när? Resultat: <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Har du symptom/besvär som du ännu inte sökt läkare för? Om Ja , vilka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)? Om Ja , vilket/vilka? Anledning? Utskrivet av (läkarens namn och adress):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Har du under de fem senaste åren varit sjukskriven eller arbetsförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Har du eller har du tidigare haft:	
a. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller anfåddhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b. Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom? Åderbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c. Förhöjt blodtryck? Om Ja , ange blodtrycksvärdet vid de två senaste mätningarna, samt ange när mätningarna gjordes.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
d. Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e. Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
f. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottskörtel eller annat bukorgan? Hepatit (Gulsot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
g. Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
h. Förhöjt blodsocker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
i. Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
j. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
k. Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
l. Förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
m. Besvär med/sjukdom i: <input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> axlar <input type="checkbox"/> skuldror <input type="checkbox"/> armar <input type="checkbox"/> höfter <input type="checkbox"/> ben <input type="checkbox"/> knän <input type="checkbox"/> fötter <input type="checkbox"/> händer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
n. Symptom/besvär som behandlats av t.ex. kiropraktor, naprapat, sjukgymnast eller liknande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
o. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
p. Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, huvudvärk, migrän, yrsel, svimningsanfall, demens etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
q. Psykiska besvär, sömnrubning, psykisk sjukdom, stressrelaterade symptom, utbrändhet etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

r. Ögonskada, ögonsjukdom, synfel? Om Ja , kryssa i skada/sjukdom/synfel samt ange höger och/eller vänster öga. <input type="checkbox"/> Ögonskada <input type="checkbox"/> Ögonsjukdom <input type="checkbox"/> Synfel <input type="checkbox"/> Höger öga <input type="checkbox"/> Vänster öga Vid närsynthet/översynthet, ange diopriatet: _____ Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
s. Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus? Öronskada? Om Ja , kryssa i öronsjukdom/hörselnedsättning/ tinnitus samt ange höger och/eller vänster öra. <input type="checkbox"/> Öronskada <input type="checkbox"/> Öronsjukdom <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Höger öra <input type="checkbox"/> Vänster öra	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
t. Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
u. Ämnesomsättningsrubbnig, hormonell sjukdom, struma och/eller sköldkörtelbesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
v. Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Har du erhållit vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel? Om Ja , vilken typ av preparat? Under vilken tid? När senast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. Har du behandlats eller undersökts för annan/annat sjukdom/besvär/symptom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Kompletterande uppgifter

Om du svarat Ja på någon av frågorna 9–18, ska du lämna kompletterande uppgifter enligt frågorna A–H nedan. Ange i ditt svar till vilken av frågorna förtydligandet gäller. Vid utrymmesbrist kan du fortsätta på ett separat papper.

A) Vilken sjukdom, skada, symptom eller handikapp gäller det?	
B) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?	
C) När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symptom/besvär?	
D) Under vilka tidsperioder har du varit helt/är du delvis sjukskriven p.g.a. angiven åkomma?	
E) Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.	
F) Vilken vård och behandling har du fått (operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)?	
G) Är ytterligare kontroll planerad? Om Ja , var och när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
H) Är du numera återställd och utan besvär? Om Ja , sedan när? Om inte, vilka följder och besvär kvarstår?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på www.euroaccident.se eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

Hälsodeklarationen ska skickas in tillsammans med ansökan till EuroAccident inom 30 dagar från underskriftsdatum.

» Underskrift

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa (tecknar jag som nordisk medborgare intygar jag att jag har tagit del av de särskilda teckningsregler som framgår av förköpsinformation/villkor). Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift försäkrad
Namnförtydligande	

» Avser endast Sjukavbrottsförsäkring – Företagsuppgifter, ange årsbelopp

Summera beloppen i de rosa rutorna i rutan *Summa försäkringsbelopp* längst ner till höger.

Omsättning	Antal anställda	Företagets startdatum (ÅÅMMDD)
Lönekostnader*	Fasta medlemsavgifter**	Premier för företagsförsäkringar
Fasta kostnader för bokföring/revision	Fasta el- och telekostnader	Räntekostnader i rörelsen
Kontrakterad kostnad i leasingavtal	Skatt och försäkringspremier i transportmedel i rörelsen	Lokalhyror och övriga fasta lokalkostnader
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift försäkringstagare/firmatecknare (alt försäkrad, om samma person)	Summa försäkringsbelopp

* Avser avtalade löner och lönekostnader till fast verksamhet (notera att lön och sociala avgifter samt kostnader för försäkrad inte är en ersättningsbar kostnad).

** Till bransch- och arbetsgivarorganisationer. Bifoga kopia på senaste årsbokslut. Vänligen intyga nedan att lämnade företagsuppgifter är korrekta.

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB