

» Personuppgifter (företagsuppgifter i förekommande fall)

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

» Hälsorågor – samtliga ska besvaras

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkring. Du ska besvara samtliga frågor, om inte annat anges. Tänk på att uppges allt om din hälsa, även sådant som du har tagit upp i en eventuell tidigare ansökan hos oss eller i samband med att du anmält en olycksfallsskada, sjukdom och/eller andra besvär. Om du inte är fullt arbetsför kan du ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

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 arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta 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*.		☐ Ja ☐ Nej
1b. Om Nej , vad är orsaken till din arbetsoförmåga?	1c. Sedan när är du arbetsoförmögen?	
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? Frågan behöver bara besvaras om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i>.		☐ Ja ☐ Nej

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

» Allmänt

3. Vilket yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		
4. Besvaras av icke svensk medborgare:	4b. Hur länge har du varit bosatt i Sverige?	
4a. I vilket land har du ditt medborgarskap?		
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?		☐ Ja ☐ Nej
7a. a) Röker du?		☐ Ja ☐ Nej
7b. Har du tidigare rökt? Om Ja , när slutade du röka?		☐ Ja ☐ Nej
8a. Har eller har du haft Alkohol-, narkotika, tablett, doping eller annat typ av missbruk?		☐ Ja ☐ Nej
8b. Om Ja , uppges typ av missbruk samt under vilken tid. Uppges även vilken behandling du har fått samt när du behandlades.		

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10

» Sjukdom, symptom eller skada

09. Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS-Virus)? Om Ja , när? _____ Resultat: ☐ Negativt (ej HIV-smitta) ☐ Positivt (HIV-smitta)	☐ Ja ☐ Nej
10. Använder du något läkemedel/medicin? Om Ja , ange vilket/vilka samt anledning till behandlingen.	☐ Ja ☐ Nej
11. Har du under de fem senaste åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? Om Ja , uppge anledningen samt när.	☐ Ja ☐ Nej
12. Har du eller har du tidigare haft:	
a. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller anfåddhet?	☐ Ja ☐ Nej
b. Blodpropp? Hjärnblödning? Kärtsjukdom? Åderbräck?	☐ Ja ☐ Nej
c. Förhöjt blodtryck? Om Ja , uppge aktuellt blodtryck (max ett år gammalt)	☐ Ja ☐ Nej
d. Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
e. Allergiska besvär?	☐ Ja ☐ Nej
f. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottskörtel eller annat bukorgan? Hepatit (Gulsot)?	☐ Ja ☐ Nej
g. Förhöjda blodfetter?	☐ Ja ☐ Nej
h. Förhöjt blodsocker?	☐ Ja ☐ Nej
i. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	☐ Ja ☐ Nej
j. Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	☐ Ja ☐ Nej
k. Förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
l. Besvär eller sjukdom i skelett, muskler och/eller leder? Om Ja , markera nedan. ☐ rygg ☐ nacke ☐ axlar ☐ skuldror ☐ armar ☐ höfter ☐ ben ☐ knän ☐ fötter ☐ händer?	☐ Ja ☐ Nej
m. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
n. Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, huvudvärk, migrän, yrsel, svimningsanfall, demens etc.?	☐ Ja ☐ Nej
o. Psykiska besvär, sömnrubbing, psykisk sjukdom, stressrelaterade symptom, utbrändhet etc.?	☐ Ja ☐ Nej
p. Ögonskada, ögonsjukdom, synfel? Om Ja , kryssa i skada/sjukdom/synfel samt ange höger och/eller vänster öga. ☐ Ögonskada ☐ Ögonsjukdom ☐ Synfel ☐ Höger öga ☐ Vänster öga Vid närsynthet/översynthet, ange dioptriet: _____ Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.	☐ Ja ☐ Nej

q. Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus? Öronskada? Om Ja, kryssa i öronsjukdom/hörselnedsättning/tinnitus samt ange höger och/eller vänster öra. ☐ Öronskada ☐ Öronsjukdom ☐ Hörselnedsättning ☐ Tinnitus ☐ Höger öra ☐ Vänster öra	☐ Ja ☐ Nej
r. Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	☐ Ja ☐ Nej
s. Ämnesomsättningsrubbnig, hormonell sjukdom, struma och/eller sköldkörtelbesvär?	☐ Ja ☐ Nej
t. Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp?	☐ Ja ☐ Nej
13. Har du behandlats eller undersökts för annan/annat sjukdom/besvär/symptom än de som angivits ovan?	☐ Ja ☐ Nej
14. Finns det misstanke om något fel på inre organ, fysiska eller psykiska besvär, funktionsnedsättning, sjukdom eller annat kroppsfel som du ännu inte har sökt vård för eller som du väntar på svar/utredning för?	☐ Ja ☐ Nej

» Kompletterande uppgifter

Om du svarat Ja på någon av frågorna **9–14**, 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? Om du fått någon diagnos uppger du den.	
C) När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symptom/besvär?	
D) Under vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven p.g.a. angiven åkomma?	
E) Vilken vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Uppge fullständigt namn på vårdgivaren/kliniken/mottagningen	
F) Vilken vård och behandling har du fått (operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)? Uppge även när du fick respektive behandling.	
G) Är ytterligare kontroll planerad? Om Ja , vad är anledningen och när ska du på kontroll?	☐ Ja ☐ Nej
H) Är du numera återställd och utan besvär? Om Ja , sedan när? Om inte, vilka följder och besvär kvarstår?	☐ Ja ☐ Nej

» Besvaras i förekommande fall

Fråga 15 och 16 besvaras endast om sökande fyllt 18 år och försäkringsansökan tillsammans med redan tecknade försäkringar avser:

- försäkringsbelopp som sammanlagt överstiger 30 prisbasbelopp eller,
- försäkringsbelopp som sammanlagt innebär periodisk ersättning överstigande 4 prisbasbelopp/år.

15. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning? Om Ja , ange resultatet.	☐ Ja ☐ Nej
16. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 65 års ålder? Om Ja , ange vem, ålder samt dödsorsak.	☐ Ja ☐ 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 verksamma (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