

- Gruppmedlem  Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Hälsfrågor

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer nio frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Du som inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Fullt arbetsför

1. 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 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
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste 3 månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i> .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Allmänt

3. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg	
4. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

5. Har du syn- och/eller hörsselfel? Vid när-/översynthet, ange dioptritalet. Dioptrital _____ <b>Om Ja</b> , ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.) <b>Om Ja</b> , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6a. Beskriv besvären/symptomen med egna ord.	
6b. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad.	
6c. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad.	
6d. När behandlades du senast för den aktuella åkomman? År/månad.	
6e. Är du symptomfri? <b>Om Ja</b> , när blev du symptomfri? År/månad. <b>Om Nej</b> , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

6f. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress.	
7. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? <b>Om Ja</b> , ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom/skada.  Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____  Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin?  Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

9. Har du någon gång haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel?  <b>Om Ja</b> , ange vad.	<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](http://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 Euro Accident 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. Jag medger att Euro Accident eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Namnförtydligande	

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB

**Handlingarna skickas till**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö