

☐ 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 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.

» 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 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
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i> .	☐ Ja ☐ Nej

» Allmänt

3. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg	
4. Röker du?	☐ Ja ☐ Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

5. Har du någon synnedsättning, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär? Om ja , ange vad/vilken och om det avser höger och/eller vänster öga. Vid när-/översynthet ange dioptrital: _____	☐ Ja ☐ Nej
6. Har du hörselnedsättning, öronsjukdom eller andra öronbesvär? Om ja , ange vad/vilken och om det avser höger och/eller vänster öra.	☐ Ja ☐ Nej
7. 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.) Om Ja , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?	☐ Ja ☐ Nej
7a. Beskriv symtomen/besvären.	
7b. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad.	
7c. Vilken behandling har du fått och under vilka perioder har du fått respektive behandling?	

7d. Är du symptomfri? Om Ja , när blev du symptomfri? År/månad. Om Nej , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	☐ Ja ☐ Nej
7e. Uppge namn på vårdgivaren/kliniken/mottagningen.	
8. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om Ja , 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 _____ Anledning _____ Fr.o.m _____ t.o.m _____ Anledning _____	☐ Ja ☐ Nej
9a. Använder du något läkemedel/medicin?	☐ Ja ☐ Nej
9b. Om Ja , vilket läkemedel/medicin använder du och vad är orsaken?	

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

10. Har du någon gång haft eller finns det misstanke om något fel på inre organ, fysiska eller psykiska besvär, funktionsnedsättning, sjukdom eller annat kroppsfel? Om Ja , ange vad.	☐ 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 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

www.euroaccident.se

077-440 00 10