

Gruppmedlem Medförsäkrad

» Personuppgifter

Nam	Personnummer
Telefon	E-post

» Hälsifrågor för gruppmedlem och medförsäkrad

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer 23 frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. 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 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 tre 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. Längd och vikt?	cm	kg
4. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller i övrigt anlitat läkare, eller annan vårdgivare, t ex sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast och naprapat med anledning av sjukdom, symptom eller skada som rör någon av nedanstående sjukdomar/symptom/besvär? Om du svarar Ja på någon av frågorna 5–22, ber vi dig fylla i kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen.

5. Allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Sköldkörtelbesvär/struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Ögonsjukdom, synnedsättning, öronsjukdom och/eller tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Besvär/sjukdom Om Ja, markera nedan <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
10. Besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

18. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/eller sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 5–19?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

<p>23. Har du någon gång haft eller finns det misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel. Ange även syn- och hörsel. Vid när- eller översynthet, ange dioptritalet.</p> <p>Om Ja, ange vad och lämna kompletterande uppgifter på nästa sida.</p>	<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 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. 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: EuroAccident Livförsäkring AB

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB

Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

Euro Accident Livförsäkring AB

2/3

Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Kompletterande uppgifter till fråga nr:

Gruppmedlem

Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

» Kompletterande uppgifter

1. Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		
2a. Namnge symptomen/sjukdomen. Diagnos?		
2b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
2c. Vad är orsaken till besvären/symptomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterade)?		
3a. När debuterade symptomen/sjukdomen, skadan eller handikappet? År Månad	3b. Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när hade du besvär? År Månad	
3c. Vilken behandling/undersökning har du fått?		
3d. När behandlades du för de aktuella symptomen, den aktuella sjukdomen eller skadan senast? År Månad		
3e. Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , av vilket slag?	
4a. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när blev du symptomfri? År Månad	4b. Om du inte är symptomfri, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	
5. Ange namn och fullständig mottagningsadress till de vårdgivare du anlitat under de senaste 3 åren:	För vilken orsak/diagnos?	När anlitade du vårdgivaren senast? Ange datum nedan:
6. Ange diagnos och sjukskrivningsperiod så noggrant som möjligt.	Fr. o. m	T. o. m
7. Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:		

» Underskrift

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande