

☐ Gruppmedlem ☐ Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

» Hälsifrågor för gruppmedlem och medförsäkrad

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 uppgi 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 arbetsförmåga. 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 ersättning 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. Längd och vikt?	cm kg
4. Röker du?	☐ Ja ☐ Nej
5. Har du någon synnedsättning, ögonsjukdom eller, har du under de senaste tre åren haft eller kontrollerats för 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 någon hörselnedsättning, öronsjukdom eller har du under de senaste tre åren haft eller kontrollerats för andra öronbesvär (inklusive tinnitus)? Om Ja , ange vad/vilken och om det avser höger och/eller vänster öra.	☐ Ja ☐ 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? **Om du svarar Ja på någon av frågorna 7–24, ber vi dig fylla i kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen.**

7. Allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
8. Hudbesvär/hudsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
9. Sköldkörtelbesvär/struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbing?	☐ Ja ☐ Nej
10. Besvär/sjukdom i skelett, muskler och/eller leder? Om Ja , markera nedan ☐ rygg ☐ nacke ☐ axlar ☐ skuldror ☐ armar ☐ höfter ☐ ben ☐ knän ☐ fötter ☐ händer?	☐ Ja ☐ Nej
11. Psykiska besvär, sömnrubbing, psykisk sjukdom, stressrelaterade symptom, utbrändhet etc.?	☐ Ja ☐ Nej
12. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	☐ Ja ☐ Nej

13. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	☐ Ja ☐ Nej
14. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	☐ Ja ☐ Nej
15. Förhöjt blodtryck?	☐ Ja ☐ Nej
16. Förhöjda blodfetter?	☐ Ja ☐ Nej
17. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	☐ Ja ☐ Nej
18. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen?	☐ Ja ☐ Nej
19. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/eller sjukdomar?	☐ Ja ☐ Nej
20. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
21. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna ovan?	☐ Ja ☐ Nej

» Övriga frågor kring sjukdomar, skador och symtom/besvär

22. 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 och lämna kompletterande uppgifter.	☐ Ja ☐ Nej
23. Använder du något läkemedel/medicin?	☐ Ja ☐ Nej
24. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren? Om Ja , av vilken anledning och under vilka perioder?	☐ 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. 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

Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Om du svarat ja på någon av frågorna 7-24 behöver du komplettera dina ja-svar nedan.
Skriv nummer på de frågor du kompletterar. Samtliga ja-svar behöver kompletteras.

☐ 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? ☐ Ja ☐ 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? ☐ Ja ☐ Nej	Om Ja , av vilket slag?	
4a. Är du symptomfri? ☐ Ja ☐ 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 på den vårdgivare/klinik/mottagning 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 när medicineringen startade		

» Underskrift

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande