



# Ansökan Sjukförsäkring

Läs **informationsbladet** innan du fyller i ansökan. Använd **bläckpenna** och besvara alla frågor fullständigt.

Ansökan avser:  Nyansökan  Ändring

## A Den sökande

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon på arbetet:	Mobiltelefonnummer:

## B Anställningsförhållanden

Ange dina anställningsförhållanden:		Egen företagare i:	
<input type="checkbox"/> Anställd i eget aktiebolag	<input type="checkbox"/> enskild firma	<input type="checkbox"/> handelsbolag	<input type="checkbox"/> kommanditbolag
Företaget / rörelsens namn:	Organisationsnummer		Datum då rörelsen startade:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:	
Tillhör du frikretsen? Till frikretsen hör anställd aktieägare som äger minst 1/3 av bolaget (ensam eller med make, förälder eller barn), delägare i handelsbolag, komplementär i kommanditbolag eller enskild näringsidkare.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange din aktuella årliga arbetsinkomst. Med arbetsinkomst avses stadigvarande inkomst av eget arbete vid normal arbetstid inklusive semesterersättning men inte skattepliktiga förmåner som bil, kost och logi.			

### C Sökt försäkring

Ange vilken ersättningsnivå du vill att försäkringen ska gälla för:		
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan till 90 %	<input type="checkbox"/> Konsolideringsnivå (108 % + 90 %)	
Denna ersättningsnivå innebär att försäkringsbeloppet beräknas med hänsyn till den ersättning som Försäkringskassan skulle lämna vid ett sjukfall så att försäkringsbeloppet tillsammans med Försäkringskassans ersättning uppgår till 90 % av din ordinarie arbetsinkomst	Denna ersättningsnivå innebär att försäkringsbeloppet beräknas med hänsyn till den ersättning som försäkringskassan skulle lämna vid ett sjukfall så att försäkringsbeloppet tillsammans med Försäkringskassans ersättning uppgår till 108 % av din ordinarie arbetsinkomst upp till 7,5 prisbasbelopp och 90 % av inkomsten som överstiger 7,5 prisbasbelopp.	
Har du, eller har du sökt, sjukförsäkring i ett annat försäkringsbolag? Om Ja, ange vilket försäkringsbolag, belopp och karens. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Försäkringsbolag:	Månadsbelopp:	Karens:
Ange vilken karensperiod som ska gälla för försäkringen.		
<input type="checkbox"/> En månads karens.	<input type="checkbox"/> Tre månaders karens	
Detta alternativ kan ej väljas vid nyanmälan. En månads sjukfall innan försäkringen lämnar ersättning. Vid höjning av en befintlig försäkring med en månads karens kan en månads karens även väljas för höjningen.	Detta alternativ måste väljas vid nyteckning. Tre månaders sjukfall innan försäkringen lämnar ersättning.	
Försäkringen börjar gälla dagen efter att ansökan postats till Mercer under förutsättning att den sökta försäkringen kan beviljas enligt Movestic's regler. Om försäkringen ska börja gälla vid ett senare datum ange datumet nedan.		
<input type="checkbox"/> Senare datum (längst 3 månader efter undertecknandet):	år:	mån: dag:

### D Underskrift av den sökande

Jag intygar att alla uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig kan försäkringen bli ogiltig eller så kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras. Jag samtycker till att Movestic får utföra all behandling och registrering av mina personuppgifter som behövs för att behandla min ansökan, administrera beviljade försäkringar och sammanställa statistik. Personuppgifterna får lämnas till Movestic's samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar. Jag medger att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, arbetsgivare, allmän försäkringskassa och annan försäkringsinstans får lämna till Movestic de upplysningar, journaler, registerutdrag, handlingar, intyg m.m. som Movestic anser sig behöva för att behandla försäkringsansökan och min försäkring, även uppgifter som tillkommer efter tecknandet.

Jag har läst informationsbladet om försäkringen.

Ort Datum Underskrift

**Skicka den fullständigt ifyllda ansökan med hälsodeklaration till:  
Mercer (Sweden) AB Grupp försäkring  
Klara Norra Kyrkogata 29, 111 22 Stockholm**

Försäkringsgivare: Movestic Livförsäkring AB, Org.nr 516401-6718  
Box 7853, 103 99 Stockholm, Styrelsens säte: Stockholm

## Att fylla i en hälsodeklaration

När du ansöker om försäkring behöver du ibland besvara frågor om din hälsa. De uppgifter du lämnar är viktiga för att vi ska kunna erbjuda dig rätt försäkring till rätt pris.

### Att tänka på

Uppgifterna i hälsodeklarationen ska lämnas personligen av dig som ska försäkras. Ta god tid på dig när du fyller i hälsodeklarationen och tänk på att besvara alla frågor och följdfrågor noggrant. Om du behöver mer utrymme för dina svar går det bra att skriva på baksidan av dokumentet.

### Varför riskbedömning?

Personförsäkring bygger på att många personer går samman och delar på risken för skador, sjukdomar eller dödsfall, som kan inträffa i framtiden. För att försäkringen ska fungera behövs en balans mellan inbetalda premier och utbetald ersättning. När försäkringsbolaget beräknar kostnaden för försäkringen tar man hänsyn till sannolikheten att de försäkrade kommer att drabbas av skadefall och behöva ersättning från försäkringen i framtiden. Med hjälp av riskbedömning kan man uppskatta risken att en enskild person kommer att behöva ersättning från försäkringen. Uppgifterna vi får om ditt hälsotillstånd kan påverka din försäkring på olika sätt;

- Försäkringspremien bestäms med hänsyn till risken att drabbas av skadefall.
- Specifika besvär eller sjukdomar kan komma att undantas från försäkringen genom en klausul.
- I vissa fall kan vi tyvärr inte erbjuda försäkring om försäkringsrisken är alltför stor.

### Hur går det till?

När vi får in hälsodeklarationen från dig behöver vi ibland hämta in ytterligare upplysningar från dig eller från någon vårdgivare som du har besökt. Om vi behöver ta del av journalanteckningar återkommer vi till dig och ber dig fylla i en fullmakt som ger oss möjlighet att ta del av dessa.

### Hänsyn till personlig integritet

Alla uppgifter som vi får från dig behandlas strikt konfidentiellt och med hänsyn till din personliga integritet.

### Om du i framtiden behöver använda din försäkring

Om du i framtiden skulle drabbas av något som kan medföra rätt till ersättning från din försäkring, kommer vi att inhämta upplysningar från dina vårdgivare för att kontrollera rätten till ersättning. De uppgifter vi får in jämförs med de uppgifter som du lämnat om din hälsa vid ansökan om försäkring. Om vi då upptäcker att uppgifterna i din hälsodeklaration var ofullständiga eller oriktiga kan det finnas risk att ersättningen minskar eller uteblir helt.

### Om du har frågor

Om du har frågor om din hälsodeklaration eller om riskbedömning är du välkommen att höra av dig till oss på Movestic Riskbedömning på telefon 011-15 70 51.

## A. Uppgifter om den som ska försäkras

Tilltalsnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Mejladress	Telefon på arbetet	Mobiltelefonnummer
Arbetsgivare	Yrke och befattning	
1. Är du bosatt och folkbokförd i Sverige sedan minst två år?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Är du inskriven i svensk Försäkringskassa?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Uppfyller du följande:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jag är i tjänst på ordinarie arbetsställe och kan fullgöra mitt vanliga arbete utan inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.</li> <li>Jag uppbär inte till någon del sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk-/aktivitetsersättning (förtidspension, sjukbidrag), skadelivränta, handikappersättning eller liknande ersättning. Jag har inte heller någon vilande ersättning från Försäkringskassan.</li> <li>Jag har inte haft lönebidragsanställning eller annan gentemot arbetsgivaren subventionerad form av anställning.</li> </ul>		
Om nej, varför uppfyller du inte ovanstående? _____		
Om du eller din arbetsgivare har fått ersättning - vilken typ av ersättning? Bifoga ersättningsunderlag från Försäkringskassan.		
4. Längd:	cm	Vikt: kg
5. Röker du eller har du varit rökare inom de två senaste åren? (Om "Ja" ange hur mycket, t ex antal cigaretter per dag:)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du genomgått ett HIV-test? (Om "Ja" var god lämna uppgifter nedan.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
När?	Var?	Provresultat: <input type="checkbox"/> Negativt (ingen smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (smitta)

## B. Vårdbehov före ansökan Om du svarar "Ja" på någon av dessa frågor ska du lämna kompletterande uppgifter under avsnitt H på sidan 2.

7. Har du under de senaste fem åren helt eller delvis varit sjukskriven eller oförmögen att arbeta av hälsoskäl under mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Har du under det senaste året använt något receptbelagt läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Har du under de senaste fem åren undersökts eller behandlats hos läkare, sjuksköterska, naprapat, sjukgymnast, kiropraktor, psykiatriker, psykolog, psykoterapeut, kurator eller annan hälsovårdspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## C. Särskilda hälsorågor Om du svarar "Ja" på någon av dessa frågor ska du lämna kompletterande uppgifter under avsnitt H på sidan 2.

Har du eller har du någon gång haft (oavsett när) något av följande besvär:	
10. Synnedsättning? (Specificera typ av nedsättning. Vid närsynthet om minst 8 dioptrier på något av ögonen, ange dioptriet.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Ögonsjukdom eller ögonbesvär? (Ange vilket öga, om det är ensidigt.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Hörselnedsättning eller öronbesvär? Tinnitus? Vid hörselnedsättning, ange graden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Astma eller annan sjukdom i luftvägar eller lungor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Eksem, hudutslag, psoriasis eller någon annan hudsjukdom/förändring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Snarkningar med andningsuppehåll under sömnen s.k. sömnapné?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Migrän, yrsel, svimningsanfall eller återkommande huvudvärk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. Skada, förslitning eller annat besvär från nacke, axlar, höfter, knä eller andra leder? (Ange höger och/eller vänster.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Ryggbesvär, whiplashskada, diskbräck, lumbago/ischias?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Njurbesvär, urinvägsbesvär eller prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Besvär i underlivet eller underlivsorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Hjärt-/kärlsjukdom, hjärnblödning/stroke, hjärtinfarkt, oregelbundna hjärtslag, förhöjt blodtryck, förhöjda blodfetter, blodpropp eller åderbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23. Besvär eller sjukdom i mag-/tarmkanalen, levern (inkl. hepatit och förhöjda levervärden), gallbesvär eller operation av något bukorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
24. Knöl, cista, tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlarna eller blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
25. Diabetes, hormonell rubbning, sköldkörtelbesvär/struma eller andra ämnesomsättningsbesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
26. Epilepsi, krampanfall? Annan neurologisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
27. Reumatisk, inflammatorisk eller autoimmun sjukdom eller gikt? Värk, domningar, stickningar eller stelhet i muskler eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
28. Psykiska besvär? Utbrändhet eller stressrelaterade besvär? Ångest, depression, tvångssyndrom, ätstörningar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**D. Allmänna hälsofrågor**

Om du svarar "Ja" på någon av dessa frågor ska du lämna kompletterande uppgifter under avsnitt H nedan.

29. Har du något kroppsligt fel (medfött eller genom skada) eller något fysiskt eller psykiskt funktionshinder som inte omnämns ovan under C?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
30. Har du, eller har du under det senaste året haft, några symptom eller besvär som kan tyda på fysisk eller psykisk ohälsa eller som kan föranleda kontakt med hälsovårdspersonal? Ange även planerade operationer.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**E. Alkohol, preparat etc.**

Om du svarar "Ja" på någon av dessa frågor ska du lämna kompletterande uppgifter under avsnitt H nedan.

31. Har du eller har du tidigare haft (oavsett när) problem med alkohol, läkemedel eller andra berusningsmedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
32. Använder du eller har du någon gång använt (oavsett när) narkotika eller dopingpreparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Preparat	Första gången	Senaste gången

**F. Genetiskt test och familjehistoria**

Denna fråga ska endast besvaras av dig som fyllt 18 år med ett totalt försäkringsskydd som vid engångsbelopp (t ex dödsfallsbelopp) överstiger 30 pbb eller som vid periodisk utbetalning (t ex efterlevandepension, premiebefrielse-, sjukförsäkring) överstiger 4 pbb/år.

33. Har du genomgått någon form av genetisk testning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
När?	Var?	Orsak:
		Resultat:
34. Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon diagnostiserats med någon allvarlig ärftlig sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vem?	Sjukdom:	

**G. Andra försäkringar**

35. Har du i andra försäkringsbolag annan livförsäkring och/eller sjukförsäkring? (Om "Ja" var god lämna uppgifter nedan.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sammanlagt försäkringsbelopp för livförsäkring och i vilket bolag?		
- sammanlagt månatligt försäkringsbelopp för sjukförsäkring, vilken ersättningstid och i vilket bolag?		
36. Har du i andra försäkringsbolag fått avslag vid ansökan om livförsäkring och/eller sjukförsäkring? (Om "Ja" var god lämna uppgifter nedan.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- i vilket försäkringsbolag och vad var orsaken till avslaget?		

**H. Kompletterande uppgifter om hälsobesvär eller läkarbesök**

Här lämnar du uppgifter om du har svarat "Ja" på någon av frågorna 7 till 32. Om du svarat "Ja" på flera frågor och det berör samma besvär/anledning, var god ange samtliga frågenummer i aktuell kolumn.

	Ange frågenummer (ev. flera) Nr:	Ange frågenummer (ev. flera) Nr:	Ange frågenummer (ev. flera) Nr:	Ange frågenummer (ev. flera) Nr:
Besvär / anledning (beskriv alla besvär utförligt)				
Besvärdebut				
Sjukskrivningsperiod	fr.o.m. t.o.m.	fr.o.m. t.o.m.	fr.o.m. t.o.m.	fr.o.m. t.o.m.
Namn på uppsökta vårdinrättningar				
Läkarens namn				
Behandling				
Ange namn på eventuella läkemedel				
Resultat				
Antal vårdbesök				
Är du fullt återställd och helt besvärslös?	<input type="checkbox"/> Ja sedan när: <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja sedan när: <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja sedan när: <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja sedan när: <input type="checkbox"/> Nej

**I. Underskrift av den som ska försäkras**

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna hälsodeklaration är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig kan försäkringen bli ogiltig eller så kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras. Jag samtycker till att Movestic får utföra all behandling och registrering av mina personuppgifter som behövs för att behandla min ansökan, administrera beviljade försäkringar och sammanställa statistik. Personuppgifterna får lämnas till Movestic:s samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar.

Ort	Datum	Underskrift
	Personnummer	Namnförtydligande