

Särskild hälsodeklaration Sjukavbrottsförsäkring

Personuppgifter (företagsuppgifter i förekommande fall)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid)	E-postadress för korrespondens
Företagsnamn – i förekommande fall	Organisationsnummer – i förekommande fall

Hälsfrågor – samtliga ska besvaras

Uppgifterna ska lämnas personligen av den som ska försäkras. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, symptom/besvär samt all sjukskrivning längre tid än 14 dagar i följd, ska anges. Detta gäller även för misstanke om HIV-smita (AIDS-virus).

1. Är du fullt arbetsför? D.v.s. 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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Nej, vad är orsaken till din arbetsförmåga?	Sedan när är du arbetsförmögen?
2. Förvärsarbete (inkl. bisysslor), studielinje, annan verksamhet	
3. Nationalitet (besvaras av icke svensk medborgare)	Hur länge har du varit bosatt i Sverige (besvaras av icke svensk medborgare)?
4. Är du berättigad ersättning från Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Längd och vikt? cm: kg:	
6. Utövar du något av följande: - kampsport eller liknande aktivitet, yrkesdykning, dykning djupare än 18 meter, stuntman, luftakrobati, bergsklättring, fallskärms hoppning, bungyjump, extremskidåkning (skidåkning utanför markerade pister), segel-/ballong-/drakflygning, klippklättring (inkl på snö och is) eller deltagande i expeditioner av liknande äventyrskaraktär - deltagande i motorsport, verksamhet på oljeplattform eller på tak på höga byggnader > 12 meter, - flygning, annat än i egenskap av passagerare i licensierat flermotorigt flygplan drivet av ett kommersiellt flygbolag som står under statlig kontroll. Om Ja, vad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Röker du? Om Ja, hur många dagligen? <input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> >20 Om mer än 20, hur många?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du slutat att röka, ange när och om det var av medicinska skäl	
8a. Hur stor är din alkoholkonsumtion/vecka? Öl cl/vecka Vin cl/vecka Sprit cl/vecka	
8b. Har du haft större konsumtion tidigare? Om Ja, hur mycket? Öl cl/vecka Vin cl/vecka Sprit cl/vecka	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8c. Har du någon gång sökt vård för alkoholrelaterade problem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Går du på regelbundna hälsokontroller? Om Ja, besvara nedanstående	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange anledningen till hälsokontrollen	Ange eventuell bakomliggande sjukdom/skada
Resultat av hälsokontrollen <input type="checkbox"/> Utan anmärkning	Annat resultat
10. Har du någon läkare eller annan vårdgivare du brukar anlita? Om Ja, av vilken anledning? Läkarens/vårdgivarens namn och adress?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS-Virus)? Om Ja, när? Resultat: <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smita) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smita)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Har du symptom/besvär som du ännu inte sökt läkare för? Om Ja, vilka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)? Om Ja, vilket/vilka? Anledning? Utskrivet av (läkarens namn och adress):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Har du under de fem senaste åren varit sjukskriven eller arbetsförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

15. Har du eller har du tidigare haft:	
a) Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b) Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom? Åderbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c) Förhöjt blodtryck? Om Ja, ange värde nedan:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange blodtrycksvärdet vid de två senaste mätningarna, samt ange när mätningarna gjordes.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
d) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e) Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
f) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Hepatit (Gulsot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
g) Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
h) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
i) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
j) Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
k) Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
l) Förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
m) Symptom/besvär från rygg, nacke, axlar, armar, ben, höfter, sätesområde, ischias eller diskbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
n) Symptom/besvär som behandlats av t.ex. kiropraktor, naprapat, sjukgymnast eller liknande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
o) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
p) Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, krampanfall, förlamning, yrsel, svimningsanfall, etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
q) Psykiska besvär, sömnrubbing, psykisk sjukdom, stressrelaterade symptom, utbrändhet, etc.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
r) Synfel, ögonskada, ögonsjukdom? Om Ja, Ange typ av synfel, ögonskada eller ögonsjukdom (ange höger och/eller vänster öga):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vid närsynhet mer än -6 dioptrier, ange dioptritalet. Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet. Dioptrital:	
s) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus? Om Ja, kryssa i öronsjukdom/hörselnedsättning/tinnitus samt ange höger och/eller vänster öra	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Öronsjukdom <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Vänster öra <input type="checkbox"/> Höger öra	
t) Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
u) Ämnesomsättningsrubbing, hormonell sjukdom eller struma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
v) Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Har du erhållit vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, vilken typ av preparat? Under vilken tid? När senast?	
18. Har du behandlats eller undersökts för annan/annat sjukdom/besvär/symptom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om du svarat Ja på någon av frågorna 9-18, ska du lämna kompletterande uppgifter enligt frågorna A-H nedan. Ange i ditt svar till vilken av frågorna 9-18 förtydligandet gäller. Vid utrymmebrist kan du fortsätta på ett separat papper.

A) Vilken sjukdom, skada, symptom eller handikapp gäller det?

B) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?

C) När började sjukdomen/bsvären och under vilka perioder har du haft symptom/besvär?

D) Under vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven p.g.a. angiven åkomma?

E) Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.

F) Vilken vård och behandling har du fått (operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)?

G) Är ytterligare kontroll planerad? Om Ja, var och när?

H) Är du numera återställd och utan besvär? Om Ja, sedan när? Om inte, vilka följder och besvär kvarstår?

Information samt underskrift av den som ska försäkras

Gjensidige kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkra, premiebetalare och förmånstagare. Uppgifterna används för att Gjensidige ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Gjensidiges verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Gjensidige eller de företag som Gjensidige samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Gjensidige rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Personuppgiftsansvarig är Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial, Box 3031, 10361 Stockholm.

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Jag medger att:

- försäkringsgivaren eller de företag Gjensidige anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum

Underskrift

Personnummer

Namnförtydligande

Information om frågor angående genetisk test och familjeupplysning

- A. Lagen om genetisk integritet
I denna lag ges bestämmelser om begränsningar i användningen av viss bioteknik som utvecklats för medicinska ändamål samt om vissa rättsliga verkningar av sådan användning. Syftet med lagen är att värna om den enskilda människans integritet.
Lagen gäller bland annat användning av genetiska undersökningar och genetisk information. Avseende Familjeupplysningar omfattar lagstiftningen enbart familjeupplysningar som framtagits inom hälso- och sjukvården.
- B. Definitioner
I denna lag betyder:
- Genetisk undersökning:
en undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom molekylärgenetisk, mikrobiologisk, immunologisk, biokemisk, cytogenisk eller därmed jämförlig analysmetod eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar.
 - Genetisk information:
information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.
- C. 2 kap. Genetisk undersökning och information samt genterapi
1§ Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Ingen får utan stöd i lag i samband med avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Ingen får olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan.
- Användning av genetisk information på försäkringsområdet
2§ I fråga om riskbedömd personförsäkring får utan hinder av vad som sägs i 1§ andra stycket första meningen ett försäkringsbolag efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av avtal, om:
1. den försäkrade fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som ett engångsbelopp överstiger 30 prisbasbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, eller
 2. den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid ett försäkringsfall skall utfalla som en periodisk ersättning överstiger fyra prisbasbelopp per år.
- D. Kommentar
Utdrag ur proposition 2005/2006:64
Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma bolag. Med sökta försäkringar avses givetvis också en utökning av försäkringen.
Begreppet försäkringsbolag innefattar försäkringsaktiebolag och ömsesidiga försäkringsbolag, vilka regleras i Försäkringsrörelselagen (1982:713).