



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 |

Hälsofrågor – 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-smitta (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 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. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om Nej, vad är orsaken till din arbetsoförmåga? | Sedan när är du arbetsoförmågen? |
| 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, fallskärmshoppning, 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 | |
| 8. Har du eller har du någon gång haft problem med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningspreparat? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| a) Om ja, vilken typ av missbruk? <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotika <input type="checkbox"/> läkemedel <input type="checkbox"/> dopningspreparat | |
| b) Har du då sökt vård för ditt missbruk? | <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-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta) | <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 arbetsoförmögen (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? Åderbråck? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| c) Förhöjt blodtryck? Om Ja, ange värde nedan: 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 diskbråck? | <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"/> Öronsjukdom <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Vänster öra <input type="checkbox"/> Höger öra | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 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 utrymnesbrist 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/besvären 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

Jag har tagit del av Gjensidige Forsikring ASA, Norge, svensk filials (Gjensidige) förköpsinformation om försäkringen. De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan, som inte lämnas på denna blankett, inte kan åberopas av mig.

Ja, jag samtycker till att Gjensidige får behandla de uppgifter om min hälsa som Gjensidige behöver för att kunna handlägga min ansökan om denna försäkring.

För det fall att det är nödvändigt att inhämta ytterligare hälsouppgifter om ditt hälsotillstånd från sjukhus eller andra behandlande vårdinrättningar för att Gjensidige ska kunna pröva försäkringsansökan, kommer ett separat samtycke att begäras in.

Du har rätt att när som helst återkalla detta samtycke genom att ta kontakt med Gjensidige, Box 3031, 103 61 Stockholm eller info@gjensidige.se. Ett återkallande av samtycket påverkar inte den rätt Gjensidige haft att behandla hälsouppgifter så länge samtycke funnits. Behandling av hälsouppgifter är nödvändig för att vi ska kunna handlägga din ansökan och om du inte lämnar samtycke eller återkallar samtycket accepterar du att Gjensidige inte kommer att kunna handlägga din ansökan.

Observera att hälsodeklarationen är giltig i 30 dagar från underskriftsdatum.

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| Underskrift | Namnförtydligande |

Försäkringsgivare: Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial