



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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, Ange typ av synfel, ögonskada eller ögonsjukdom (ange höger och/eller vänster öga): .....	
.....	
Vid närsynhet mer än -6 dioptrier, ange dioptritala. Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.	
Dioptrital: .....	
s) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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
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 filial (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](mailto: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
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).