

Swedbank Försäkring, FE 902, 107 77 Stockholm

Organisationsnummer																			Den försäkrades personnummer																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arbetsgivare	Namn	Försäkrad	Namn
Handläggare			P-id

**Vad menas med fullt arbetsför?**  
Med full arbetsförhet menas att du

- ska kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar,
- inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning),
- inte uppbär rehabiliteringsersättning, handikappersättning, livränta eller liknande ersättning,
- inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,
- inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd de senaste 360 dagarna (vid nyteckning) samt
- inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 90 dagarna (vid utnyttjande av höjningsrätt på befintlig försäkring).

**Är du osäker på dina svar?**

Det är av största vikt att hälsodeklarationen fylls i fullständigt och riktigt. Vi vill därför göra dig uppmärksam på att om du är osäker på om du sökt vård (läkare, vårdcentral, sjukhus etc), inom i respektive fråga angiven tidsram (tidsram kan också saknas), måste du kontakta aktuell vårdgivare/vårdinrättning för besked. Finns det osäkerhet huruvida du varit sjukskriven i perioder om mer än 14 dagar de senaste fem åren, måste du kontakta Försäkringskassan för besked.

**Oriktiga eller ofullständiga uppgifter**

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Om inte annat anges ska samtliga sjukdomar, skador, handikapp, hälsokontroller och undersökningar uppges. Hälsodeklarationen kan - om du önskar - skickas i slutet kuvert till Swedbank Försäkring, antingen direkt av dig eller via bankens representant.

**Observera att du själv är ansvarig för riktigheten i dina svar varför samtliga frågor måste besvaras och fyllas i av dig personligen. Det är inte tillåtet att låta någon annan göra detta åt dig.**

1. Har du varit bosatt i Sverige de senaste 2 åren?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Nej, bosatt i Sverige sedan när	
	I vilket land har du varit bosatt?			
2. Din längd och vikt?	Längd i cm		Vikt i kg	
3. Har du lämnat blodprov för HIV (AIDS)-test	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		När	Provets resultat
			<input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)	
4. Röker du eller har du tidigare rökt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, ungefär hur mycket röker/rökte du dagligen	
			Om du slutat, ange när	

**Frågor om genetisk test och familjeuppglysning. Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser vilka uppges i informationstexten på sidan 4 ska fråga 5 och 6 besvaras.**

5. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, anledning och resultat	
			Var utfördes undersökningen? Ange läkare och sjukvårdsinrättning med adress	
6. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 60 års ålder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, uppges vem, ålder och dödsorsak	

**Om du svarar nej på fråga 7 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras**

7. Är du fullt arbetsför? (För förklaring, se ovan)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
---	--

**Om du svarar ja på någon av frågorna 8-17 komplettera svaret på sidan 3. Samtliga frågor ska besvaras.**

8. Har du sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning (även vilande), sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), handikappersättning, rehabiliteringsersättning, livränta, liknande ersättning eller har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Vilken/Vilket	
			Sedan när	
			Anledning	
9. Går du på kontroller/undersökningar eller har du någon läkare som du brukar anlitat? <b>OBS!</b> Hälsokontroller och gynekologiska kontroller som ej föranletts av symtom/sjukdom och där resultaten varit utan anmärkning, behöver inte uppges. Kontroller under komplikationsfri graviditet behöver ej heller uppges.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Anledning	
			Läkarens namn och fullständiga adress	
10. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Om Ja, ange tidsperioder	
			Orsak	
			Sjukskrivande läkare (namn och postadress)	



11. Använder du någon medicin?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om Ja, vilken/vilka?	
Dos	
Anledning	
Receptskrivande läkare (Fullständig adress)	

12. Har du någon sjukdom, skada på inre organ, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning eller annan kroppseffekt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--	--

**13. Har du eller har du tidigare haft:**

a) Psykiska besvär, sömnrubning, psykisk sjukdom, utbrändhet, stress eller kontakt med psykolog, psykoterapeut eller liknande?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
b) Sjukdom, skada, förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder, muskler eller skelett?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
c) Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
d) Besvär från rygg eller nacke? Ischias eller diskbräck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nacke	
<input type="checkbox"/> Bröstrygg	
<input type="checkbox"/> Ländrygg	
<input type="checkbox"/> Annat:	
e) Sjukdom/besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller annan liknande vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge år, månad för senaste behandling	
f) Alkoholproblem eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14) Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Typ av preparat	
Under vilken tidsperiod?	
När senast	

**15. Har du under de senaste 5 åren haft, kontrollerats, undersökts eller behandlats för:**

a) Ögonsjukdom? Synnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge sjukdom, skada eller närsynthet?	
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Närsynt	
Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet. Om du inte vet ska du bifoga det senaste glasögonreceptet.	
Dioptrital höger _____ vänster _____	
b) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Uppge sjukdom, skada eller hörselnedsättning samt vilket öra	
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
c) Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
d) Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
e) Åderbräck ben?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
f) Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
g) Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
h) Andningsuppehåll vid snarkning (sömnapné)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
i) Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
j) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
k) Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
l) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Gulsot?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
m) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
n) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
o) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
p) Sjukdom/Besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
q) Sjukdom/Besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
r) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
s) Blodsjukdom inklusive blodbrist?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
t) Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Svimmingsanfall?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
u) Yrsel, migrän eller annan huvudvärk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
16. Har du under de senaste 5 åren behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17. Har du symtom/besvär som du ännu inte sökt läkare/annan vårdgivare för eller är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

**FÖLJDFRÅGOR**

**Viktigt! Om du inte är fullt arbetsför eller svarat "Ja" på någon av frågorna 8 - 17 ska du lämna kompletterande upplysningar kolumnvis här nedan.**

**Samtliga frågor 18 a-k ska besvaras (Vid brist på utrymme, kan svar lämnas på baksidan).**

	Kolumn 1 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 2 OBS! Alla frågor måste besvaras	Kolumn 3 OBS! Alla frågor måste besvaras
<b>18 a)</b> Uppge sjukdom, skada, handikapp, symtom eller besvär. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.			
<b>b)</b> När började sjukdomen/ besvären?			
<b>c)</b> Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? Uppge datum			
<b>d)</b> Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens namn och fullständig adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.			
<b>e)</b> Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?			
<b>f)</b> Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, sjukgymnastik, medicinering etc)			
<b>g)</b> När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?			
<b>h)</b> Ska du på kontroll igen? När? Var?			
<b>i)</b> Vilka kvarstående besvär eller symtom har du?			
<b>j)</b> Har du besvär av detta i ditt arbete? Vilka?			
<b>k)</b> Sedan när är du symptomfri?			
<b>l)</b> Övriga upplysningar			

Den försäkrades namn

Personnummer

#### Information om behandling av personuppgifter

För fullständig information om Swedbank Försäkrings behandling av personuppgifter, vänligen se försäkringens förköpsinformation samt "Swedbanks principer för behandling av personuppgifter" på swedbank.se eller kontakta kundcenter eller ditt kontor.

#### Information till den som ska försäkras

För att försäkring ska kunna beviljas kan försäkringsgivaren komma att behöva inhämta ytterligare upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som försäkringsgivaren anser sig behöva för att handlägga försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet. För det fall ytterligare uppgifter behövs för vår bedömning kommer ditt samtycke att inhämtas. För det fall samtycke inte kan lämnas kan det komma att innebära att försäkring inte kan beviljas, försäkringens giltighet påverkas eller att utbetalning inte kan verkställas.

#### Underskrift av den som ska försäkras

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet mellan mig och Swedbank Försäkring/Tre Kronor Försäkring AB/Förenade Liv Grupp-försäkring AB. För försäkringsavtalet gäller dessutom försäkringsgivarens försäkringsvillkor.

#### Jag bekräftar:

- att uppgifterna i hälsodeklarationen på sidan 1-3 är fullständiga och sanna samt att jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

(Uppgifterna hanteras under sekretess)

Datum (år, mån, dag)

Namnteckning

#### Information om frågor angående genetisk test och familjeupplysning

##### A. Lagen om genetisk integritet

Syftet med lagen om genetisk integritet är att värna om den enskilda människans integritet. Lagen gäller bland annat användning av genetiska undersökningar och genetisk information. Lagstiftningen omfattar inte undersökningar i syfte att ställa sjukdomsdiagnos. Avseende familjeupplysningar omfattar lagstiftningen endast 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 olika analysmetoder 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. Kommentarer

Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma bolag. Utdrag ur proposition 2005/2006:64

**Swedbank  
Försäkrings  
noteringar**

RB-kod

Sign