

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 kroppsdefekt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--	--

13. Har du eller har du tidigare haft:

a) Psykiska besvär, sömnrubbing, 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 andfäddhet?	<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? Gulset?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
m) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
n) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
o) Sjukdom/Besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
p) Sjukdom/Besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
q) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
r) Blodsjukdom inklusive blodbrist?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
s) Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Svimmingsanfall?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
t) 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
18 a) Uppge sjukdom, skada, handikapp, symtom eller besvär. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.			
b) När började sjukdomen/ besvären?			
c) Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? Uppge datum			
d) Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens namn och fullständig adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.			
e) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?			
f) Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, sjukgymnastik, medicinering etc)			
g) När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast?			
h) Ska du på kontroll igen? När? Var?			
i) Vilka kvarstående besvär eller symtom har du?			
j) Har du besvär av detta i ditt arbete? Vilka?			
k) Sedan när är du symtomfri?			
l) Övriga upplysningar			

Den försäkrades namn

Personnummer

Information om behandling av personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar kan komma att delas mellan Swedbank Försäkring AB, Tre Kronor Försäkring AB och Folksam ömsesidig sakförsäkring i den mån det behövs för respektive försäkringsgivares handläggning, riskbedömning, skadereglering och bedömning av försäkringens giltighet i framtiden. Personuppgifter som du lämnar kan även komma att delas med återförsäkringsbolag.

För fullständig information om hur dina personuppgifter behandlas, 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/Folksam ömsesidig sakförsäkring. 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

- 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
- 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