

# Hälsodeklaration Barn över 18 år

**Ska fyllas i av barn som fyllt 18 år och söker barnförsäkring.**

När hälsodeklaration ska lämnas framgår av viktigt att veta i förköpsinformationen.

**Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av den som ska försäkras.**

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppavtalsnummer

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| Medlems/anställds (gruppmedlems) namn | Personnummer |
| Barnets namn                          | Personnummer |

**Är du fullt arbetsför?**  Ja  Nej

**Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför**

**Fullt arbetsför innebär** att den som ska försäkras:

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar

- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.

För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämförs fullt studieför med fullt arbetsför.

\* **anlitat vårdgivare** = t ex fått recept, sjukskrivits, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykolog med anledning av besvär/symtom/ sjukdom/handikapp i någon/några av nedanstående kroppsdelar/organ och/eller någon/några av nedanstående sjukdomar.

**Har du anlitat vårdgivare enligt ovan\* under de senaste fem åren p g a**

|  |  |
|--|--|
| 1. allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. hudbesvär/hudsjukdom?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. ögonsjukdom, öronsjukdom, tinnitus?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. besvär/sjukdom i rygg, nacke, axlar, skuldror, armar, höfter, ben, knän, fötter och/eller händer?                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 7. nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 8. besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 9. besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 10. kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 11. förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 12. besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 13. propp/blödning i hjärnan och/eller annat blodkärl?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 14. epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symtom och sjukdomar?                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 15. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 16. andra besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 1–15?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 17. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Om du svarar ”Ja” på någon av frågorna 1-17 måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan av blanketten</b> |  |
| 18. Röker du?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 19. Ange din längd och aktuella vikt   | cm kg  |

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv**

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| Datum       | Telefon (även riktnr) dagtid |
| Underskrift |                              |

# Hälsodeklaration Barn över 18 år



Kompletterande uppgifter till fråga nr \_\_\_\_\_ i hälsodeklarationen.

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

|   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| Namn  | Personnummer | Gruppavtal nr |
| Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du? |              |               |

|  |
|--|
| Vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?                                     |
| Beskriv besvären/symtomen med egna ord:                                    |
| Hur ofta har du/har du haft besvär?  |
| Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)? |

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet?    år                    månad:  |                |  |
| Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                    Om svaret är "Ja", när hade du besvär?    år:                    månad: |                |  |
| Vilken behandling/undersökning har du genomgått?  |                |  |
| Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.   | Orsak/diagnos? | När anlätade du vårdgivaren senast?<br>år                    månad |

|   |
|---|
| Har du varit sjukskriven för ovanstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                   |
| Om "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.  |
| Fr o m                    t o m                    Diagnos:   |
| Fr o m                    t o m                    Diagnos:   |
| Fr o m                    t o m                    Diagnos:   |
| Använder du eller har du använt mediciner på grund av ovanstående? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om "Ja" ange vilka?                    När?   |

|   |
|---|
| Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om svaret är "Ja", av vilket slag?  |
| Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja    Sedan när?    år:                    månad:            |
| <input type="checkbox"/> Nej    Vilka kvarstående men/besvär har du?                                    |

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv.</b> |             |
| Datum   | Underskrift |