

Hälsodeklaration Vuxen

Hälsodeklaration går även att fylla i på vår hemsida www.forenadeliv.se

Ska fyllas i personligen av den som ska försäkras

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppavtalsnummer

Medlems/anställds (gruppmedlems) namn	Personnummer
Medförsäkrad, make eller sambos efternamn, förnamn	Personnummer

Är du fullt arbetsför? Medlem Ja Nej **Medförsäkrad** 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 jämföras 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 tre åren p g a

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. ögonsjukdom, öronsjukdom, tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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	<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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om du svarar ”Ja” på någon av frågorna 1-17 måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan av blanketten

18. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Ange din längd och aktuella vikt	cm kg	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	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av gruppmedlem		Underskrift av medförsäkrad	

Hälsodeklaration Vuxen



Kompletterande uppgifter till fråga nr _____ i hälsodeklarationen.

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

Avser Gruppmedlem
 Medförsäkrad

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? 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?

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	Underskrift
-------	-------------