

Kontorsnamn/Avdelning

Kontorsnummer

Handläggare

Telefon (inkl riktnummer)

## Varför måste du svara på så många frågor om din hälsa?

För att du ska få den försäkring du vill och behöver så ber vi dig svara på ett antal frågor om din hälsa. Får vi ta del av allt om din hälsa nu så behöver du inte oroa dig för att det inte fungerar om något skulle hända dig.

Om du skulle lämna oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan din ersättning minska eller utebli när du eller dina närstående behöver försäkringen.

Behöver vi ta in ytterligare hälsoundersökningar kommer vi att begära in en fullmakt från dig.

All information som lämnas till oss behandlas strikt konfidentiellt.

### Gör så här när du fyller i blanketten:

- Svara på alla frågor själv och fyll i tydligt med bläckpenna. Det är du som ansvarar för att det blir rätt uppgifter.
- Ge hellre för mycket information än för lite. Om du behöver mer plats, fyll i ett separat blad märkt med ditt namn och personnummer.
- Ta upp både tidigare och nuvarande skador och sjukdomar. Utelämna inte information som du bedömer är av känslig natur. Du kan lämna dessa uppgifter i ett separat kuvert till oss i samband med ansökan.
- Gör ingen egen bedömning om upplysningen är viktig eller inte.
- Kommer du på att du glömt någon uppgift när du ansöker om försäkringen, kontakta oss så snart du kan.
- Om du glömmer att fylla i uppgifter i hälsodeklarationen kommer vi att skicka tillbaka den till dig för komplettering. Det betyder också att det tar längre tid för dig att få din försäkring.
- Kom ihåg att datera och underteckna hälsodeklarationen på sidan 6.

ID 2022-10-04 16:26:22

<b>Den försäkrades personuppgifter</b>		Försäkringsnummer
Den försäkrades namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Postnummer och ort		Telefon kvällstid (inkl riktnummer)
E-post		
Är du svensk medborgare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om nej, ange medborgarskap:	
Har du varit sammanhängande bosatt i Sverige under de två senaste åren? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om nej, ange i vilket land du har bott och vilken tidsperiod:	
Har du rätt till ersättning från svensk försäkringskassa vid sjukdom/skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Yrke (vad arbetar du med)?		
Beskrivning:		

Alla frågor måste besvaras personligen av den försäkrade

Personnummer

## Hälsouppgifter

1. Längd och vikt		Längd - cm	Vikt - kg
2. Har du någon läkare eller vårdcentral som du brukar anlita?  Om du inte har en fast läkare/vårdcentral, ange den läkare du var hos senast och orsaken till besöket	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ange läkarens/vårdcentralens namn och adress:	
		Eventuell orsak om du inte har fast läkare/vårdcentral	
3. Har du i nuläget nedsatt arbetstid eller ett särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) av hälsomässiga skäl?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, av vilken orsak?	
		Från vilken tidpunkt?	
		Vid nedsatt arbetstid, ange aktuell arbetstid i %	
4. Har du under de senaste 10 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen, helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd eller erhållit sjuklön, sjukersättning, aktivitetsersättning, livränta, handikappsersättning eller liknande?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange tidsperiod, från-till-datum?	Av vilken orsak?
		Ange sjukskrivande läkare/sjukhus/vårdinrättningens namn och adress:	
		Har du fortfarande besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
		Om nej, sedan när är du symtomfri/besvärsfri, år/månad?	
5. Har du under de senaste 5 åren vårdats, kontrollerats, behandlats eller undersökts på vårdcentral, sjukhus eller hos annan vårdgivare eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal, (gäller även kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut etc.)? Uppge även om du tagit prover, röntgenbilder eller genomgått andra undersökningar.  Om ja, fyll i orsak/orsaker i rutorna till höger.  Detaljerade kompletteringar kan göras i kommande frågor.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, av vilken orsak 1?	
		Ange tidpunkt/tidsperiod:	
		Ange läkarens/vårdinrättningens namn och adress:	
		Resultat/diagnos?	
		Om ja, av vilken orsak 2?	
		Ange tidpunkt/tidsperiod:	
		Ange läkarens/vårdinrättningens namn och adress:	
		Resultat/diagnos?	
6. Använder du nu eller har du under de senaste 5 åren använt läkemedel ordinerat av läkare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilka läkemedel? Dosering?	
		Av vilken orsak?	
		Hur länge har du använt läkemedlen? Tidsperiod, från-till-datum?	
		Ange receptskrivande läkare/sjukhus/vårdinrättningens namn:	

Personnummer

7. Har du några kroniska sjukdomar, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, men efter skada eller medfött kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken/vilka? Beskrivning:
8. Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", har du haft ledbesvär med anledning av detta? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9. Snarkar du?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", har du andningsuppehåll vid snarkning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Om "Ja", har du fått någon behandling/hjälpmiddel, t.ex. CPAP, apnéskena? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10. Har du nu eller under de senaste 10 åren haft någon av följande sjukdomar/besvär? (besvara frågorna A-K)		
A) Hjärtsjukdom, högt blodtryck eller höga blodfetter	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
B) Diabetes, ämnesomsättnings-sjukdom eller andra hormonella sjukdomar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
C) Sjukdom i magen, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
D) Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
E) Cancer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
F) Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
G) Sjukdom/skada i hjärnan eller i nervsystemet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
H) Hepatit eller annan virus-/infektionssjukdom, t ex TBC, TBE, Borrelia	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
I) Hudsjukdom eller eksem (gäller även psoriasis)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
J) Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
K) Eventuell annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Om du svarar ja på fråga 10 ska du lämna kompletterande upplysningar nedan.</b>		
Namn på sjukdomen och beskrivning av dina besvär/symtom:	När påvisades sjukdomen första gången?	
	När var du senast på kontroll, år/mån?	Resultat vid senaste kontrollen (provsvär/undersökningsresultat)?
	Har du fortfarande sjukdomen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Om nej, när var du färdigbehandlad/symtom-besvärsfri, år/månad?	
Ange läkarens/sjukhusets/vårdrinrättningens namn och adress:		
<b>Om du behöver mer plats, fyll i ett separat blad märkt med ditt namn och personnummer och ange antalet bilagor här.</b>		

ID 2022-10-04 16:26:22

HL1266 2.9 2020-02-03

Personnummer

11. Har du under de senaste 10 åren haft smärta/problem med muskler, skelett, senor, leder eller fraktur/frakturer?

 Nej  Ja

Om Ja, kryssa i och beskriv besvären nedan

 Nacke  
 Bröstrygg  
 Ländrygg  
 Bäckén

 Axlar  
 Skuldror  
 Armar  
 Händer/fingrar  
 Höfter  
 Knän  
 Ben  
 Fötter/tår

 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger  
 Vänster  Höger

Om du svarat ja på fråga 11 ska du lämna kompletterande upplysningar nedan, fyll i en ruta per besvär/symtom.

Beskriv dina besvär/symtom:

När började besvären/symtomen?

När var du senast på kontroll, år/mån?

Resultat vid senaste kontrollen  
(provsvar/undersökningsresultat)?

Har du fortfarande besvär/symtom?

 Nej  Ja

Om ja, beskriv dina symtom/besvär:

Om nej, sedan när är du symtom-/besvärsfri, år/månad?

Ange läkarens/sjukhusets/vårdinrättningens namn och adress:

Beskriv dina besvär/symtom:

När började besvären/symtomen?

När var du senast på kontroll, år/mån?

Resultat vid senaste kontrollen  
(provsvar/undersökningsresultat)?

Har du fortfarande besvär/symtom?

 Nej  Ja

Om ja, beskriv dina symtom/besvär:

Om nej, sedan när är du symtom-/besvärsfri, år/månad?

Ange läkarens/sjukhusets/vårdinrättningens namn och adress:

Om du behöver mer plats, fyll i ett separat blad märkt med ditt namn och personnummer och ange antalet bilagor här.

Personnummer

<p>12. Har du under de senaste 10 åren haft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panikångest</li> <li>• Depression</li> <li>• Stress/utmattningssymtom</li> <li>• Ätstörningar</li> <li>• Psykoser (t.ex. schizofreni, paranoida psykoser eller depressiva psykoser)</li> <li>• Tvångstankar/handlingar</li> <li>• Andra maniska/psykiska besvär</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Om ja, när hade du symtomen/besvärerna, ange tidsperiod, från-till-datum? -</p> <p>När var senaste besöket, år/mån?</p> <p>Har du fortfarande symtomen/besvärerna? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om nej, sedan när är du symtom/besvärsfri, år/mån?</p> <p>Ange namn och adress till läkare/sjukhus/vårdinrättning där du behandlades:</p>
<p>13. Ögonsjukdom? Synnedsättning?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Uppge vilken sjukdom/skada eller felets art samt vilket öga <input type="checkbox"/> Närsynt <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger</p> <p>Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptriet (om du inte vet ska du bifoga det senaste glasögonreceptet)</p> <p>Vänster Höger</p> <p>Beskriv sjukdomen/skadan:</p>
<p>14. Öronsjukdom? Hörselnedsättning?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Uppge vilken sjukdom/skada eller grad av hörselnedsättning samt vilket öra <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger</p> <p>Beskriv sjukdomen/skadan:</p>
<p>15. Har du lämnat blodprov för HIV-test?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>När? Var?</p> <p>Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)</p>
<p>16. Har du eller har du haft överkonsumtion/missbruk av alkohol, narkotika eller andra berusningsmedel/läkemedel eller har blivit rekommenderad behandling för detta?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Om ja, beskriv:</p> <p>När hade du problemen, ange tidsperiod, från-till-datum?</p> <p>Har du sökt/behandlats eller rekommenderats behandling för detta? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om ja, när, år/mån?</p> <p>Ange namn och adress till läkare/sjukhus/vårdinrättning där du behandlades:</p> <p>Har du fortfarande angivna problem? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om nej, när var du färdigbehandlad, år/månad?</p>
<p>17. Röker du eller har du tidigare rökt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Om ja, hur mycket per dag?</p> <p>Om du har slutat, från vilket datum, år/månad?</p>

