

Hälsodeklaration avseende ansökan om personförsäkring

Försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postadress (postnummer och ort)
Telefonnummer	E-post
Yrke/sysselsättning	Är du bosatt i Sverige och berättigad till ersättning från Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Besvaras av icke svensk medborgare

Nationalitet?	Hur länge har du bott i Sverige?
---------------	----------------------------------

Viktigt!

Uppgifterna ska lämnas personligen av den som ska försäkras. Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och symtom/ besvär samt all sjukskrivning mer än 14 dagar i följd liksom all vård, behandling, undersökning eller kontroll, även för psykiska eller nervösa besvär samt alkohol- eller narkotikaproblem, skall uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV-smitta (AIDS-virus).

1.	Längd i cm	Vikt i kg			
2.	Röker du?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har du slutat röka? I så fall när?		
3.	Dricker du alkohol? (öl/cider, alkohölsk (>3,5 vol%), vin eller starksprit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange genomsnittligt antal glas/vecka: (öl/cider/alkohölsk 30cl/glas, vin 15 cl/glas, starksprit 4cl/glas)		
4.	Har du varit på hälsokontroll eller har du någon läkare eller annan vårdgivare du brukar anlita? OBS! Hälsokontroll som inte föranletts av sjukdom eller symtom där resultatet varit utan anmärkning och där ingen uppföljning planerats eller genomförts, behöver inte uppges.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", anledning?	Resultat?	
			Läkarens, vårdgivarens namn och adress:		
5.	Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS virus)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när?	Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)	
6.	Har du eller har du under det senaste året haft symtom/besvär som du ännu inte sökt läkare eller annan vårdgivare för?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilka?		
7.	Använder du något läkemedel? (receptbelagt eller icke receptbelagt)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", anledning?	Receptskrivande läkare?	
			Vilket/Vilka läkemedel?		
8.	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			
9.	Har du sjuklön, sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning, tidsbegränsad eller vilande sjuk-/aktivitetsersättning, handikappersättning, rehabiliterings- eller annan liknande ersättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilket?	Orsak?	Sedan när?
10.	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	Om "Ja", vilket?	Orsak?	Sedan när?

Namn	Personnummer	Signatur	
11. Har du tidigare haft?			
a) Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Hjärtklappning? Oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
b) Stroke (blödning/propp i hjärnan)? Blodpropp? Kärlsjukdom? Åderbråck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
c) Förhöjt blodtryck? Vid "Ja" ange värde	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Blodtryck vid de 2 senaste mätningarna?	När gjordes mätningarna?
d) Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
e) Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
f) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Hepatit (Gulsot)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
g) Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
h) Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
i) Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
j) Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
k) Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
l) Förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
m) Symtom/besvär från rygg, nacke, axlar, armar, ben, höfter, sätesområde, ischias eller diskbråck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
n) Symtom/besvär som behandlats av t.ex. kiropraktor, naprapat, sjukgymnast eller liknande?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
o) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
p) Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, kramp-anfall, förlamning, yrsel, svimningsanfall, etc.?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
q) Psykiska besvär, sömnrubbnig, psykisk sjukdom, stressrelaterade symtom, utbrändhet, etc.?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
r) Ögonsjukdom? Synnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", 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"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster Vid närsynthet av minst 8 dioptrier på något av ögonen, ange dioptriet. Om du inte vet, bifoga senaste glasögonrecept.	
s) Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", uppge sjukdom/skada samt vilket öra <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster	
t) Hudsjukdom? Eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
u) Ämnesomsättningsrubbnig, hormonell sjukdom eller struma?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
v) Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
12. Har du erhållit vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem relaterade till alkohol- eller drogmissbruk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
13. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", typ av preparat?	Under vilken tid?
14. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		När senast?

Namn	Personnummer	Signatur
------	--------------	----------

Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 7 – 14, ska du lämna kompletterande upplysningar enligt frågorna A – H nedan.

Vid brist på utrymme, kan svar lämnas även på separat blad. Alla frågor skall besvaras.

Mitt svar avser:	fråga nr	bokstav	(gäller fråga 11)	fråga nr	bokstav	(gäller fråga 11)
A) Vilken sjukdom, skada, symtom eller handikapp gäller det?						
B) Vilka undersökningar/utredningar har gjorts och vad visade den?						
C) När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?						
D) Under vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven/arbetsförmögen p.g.a. angiven åkomma?						
E) Vilken läkare/ vårdgivare/ vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens/vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, mottagning etc.						
F) Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)						
G) Är ytterligare kontroll/undersökning/behandling planerad? Vad? Var? När?						
H) Är du numera helt återställd och utan symtom/besvär? Om "Ja", sedan när? Om "Nej", vilka följder eller besvär kvarstår?						

Frågor om genetisk test och familjeupplysning

Besvara endast denna fråga om du har fyllt 18 år och försäkringsbeloppet överstiger 4 prisbasbelopp per år eller 30 prisbasbelopp i engångsbelopp. För mer information se bifogat informationsblad.

15. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", uppge resultatet
16. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 65 års ålder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" uppge vem, ålder samt dödsorsak

Hantering av personuppgifter

Information om insamlade personuppgifter sker i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 (GDPR)

Personuppgiftsansvarig: PP Pension Försäkringsförening, 802005–5573, samt PP Pension Fondförsäkring AB, 516406–0237 ("PP Pension").

PP Pension behandlar personuppgifterna för uppfyllande av sin avtalsdel och personuppgifterna kan behöva överföras till mottagare som utgör en del i avtalsförhållandet, vilket kan utgöra försäkringsgivare eller andra finansiella verksamheter. Personuppgifterna kommer att behandlas och lagras under avtalets löptid eller senast till den tidpunkt när lagenlig preskriptionstid, för fordringar med anledning av avtalet, har inträtt. För andra ändamål gallras uppgifterna så snart laglig grund för behandlingen upphört.

Mer information kring hur PP Pension behandlar personuppgifter samt vår personuppgiftspolicy hittar du på vår hemsida.

Underskrift

De uppgifter jag lämnat på denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar härmed att jag själv besvarat frågorna och att svaren är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig.

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------