

Hälsodeklaration/Ansökan

Markera vilken eller vilka försäkringar ansökan gäller:

LIVFÖRSÄKRING VUXENFÖRSÄKRING SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING ny försäkring höjning av försäkringsbelopp

VEM SKA FÖRSÄKRAS?

Namn	Personnummer	Telefon dagtid
Adress		Mejl

HÄLSODEKLARATION

En förutsättning för att försäkring ska beviljas är att du har bott i Sverige, annat EU-land, Island, Liechtenstein, Norge eller Schweiz de senaste två åren.

1. I vilket land har du varit bosatt de senaste två åren?

2. Längd i cm	Vikt i kg
---------------	-----------

3. Är du fullt arbetsför? Ja Nej*
*Om du svarat "nej" komplettera på baksidan

Med fullt arbetsför menas att du ska kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och att du vid datum för anslutning till försäkringen inte:

- är sjukskriven
- har lönebidragsanställning eller liknande anställning
- uppbär sjukersättning
- inte har anpassat arbete på grund av hälsoskäl
- uppbär aktivitetsersättning
- inte har anpassad skolgång på grund av hälsoskäl.

4. Vad arbetar du med?

5. Har du, eller har du tidigare haft, någon sjukdom, skada, fysiska eller psykiska besvär, annat kroppsfel (inkl. syn- och hörsselfel), alkohol-/ läkemedels/ narkotikaberoende eller uppbär du handikappersättning? Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

6. Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

7. Har du under de senaste tre åren undersökts eller behandlats på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal (hit räknas även kiropraktor, naprapat, psykolog eller liknande)? Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

Du behöver inte uppges undersökning och behandling som rör normal graviditet och förlossning och inte heller hälsoundersökning som inte föranletts av sjukdom/besvär och där inget avvikande framkommit.

8. Använder du något receptbelagt läkemedel? (Gäller ej p-piller.) Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

9. Är det planerat att du skall genomgå någon kontroll, behandling eller operation? Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

10. Har du utöver det du redan uppgett något fel, eller misstänker att du har något fel, på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, besvär eller annat kroppsfel? Ja* Nej
*Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

11. Röker du eller har du rökt regelbundet? Ja Nej

Om "ja", hur mycket per dag?	Om du har slutat, när slutade du?
------------------------------	-----------------------------------

UNDERSKRIFT

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Datum (ÅÅ-MM-DD)	Underskrift (sökande/vårdnadshavare om omyndig)	Namnförtydligande
------------------	-------------------------------------------------	-------------------

KOMPLETTERINGAR TILL FRÅGA 3–10. ALLA FÖLJDFRÅGOR MÅSTE BESVARAS.

Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska uppges. Ange frågans nummer och besvara följdfrågorna.

Fråga nr

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?

Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?

Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?

Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?

Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?

Kvarstående men eller besvär?

Fråga nr

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?

Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?

Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?

Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?

Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?

Kvarstående men eller besvär?

Fråga nr

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?

Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?

Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?

Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?

Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?

Kvarstående men eller besvär?

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR / KOMPLETTERINGAR

Om du behöver komplettera med något från blankettens övriga frågor, använd då eget papper, skriv frågans nummer, namn och personnummer på den som ska försäkras upptill på papperet och skriv sedan under med din namnteckning och datum.

UNDERSKRIFT

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Datum (ÅÅ-MM-DD)

Underskrift (sökande/vårdnadshavare om omyndig)

Namnförtydligande



Skicka ansökan till:

If

Personförsäkringar Privat

Svarspost (frimärke behövs inte)

Kundnummer 20455373

110 00 Stockholm

If Skadeförsäkring AB (publ)

Säte: Stockholm. Org. nr: 516401-8102

Huvudkontor: Barks väg 15, Solna

If Livförsäkring AB

Säte: Stockholm. Org. nr: 516406-0252