

Hälsodeklaration

Rätt ifylld blankett ger dig rätt försäkringsskydd

När du ansöker om en försäkring behöver du ibland svara på frågor om din hälsa genom att fylla i en hälsodeklaration. I vissa fall vill vi också att du går till en läkare och gör en undersökning. Denna information gäller även om du vill ändra i en försäkring som du redan har hos oss.

Att fylla i en hälsodeklaration

När du fyller i hälsodeklarationen är det viktigt att du besvarar alla frågor även om de är många. Om du tror att någon uppgift inte har betydelse för försäkringen eller ändringen måste du ändå uppge den. Om du inte kommer ihåg exakt när du hade en viss sjukdom /symptom, ber vi dig ange en ungefärlig tidpunkt. Om du inte kommer ihåg exakt vad sjukdomen/diagnosen hette så beskriv den så gott du kan. Uppge hellre för mycket information än för lite. All information hjälper oss göra en riktig bedömning.

Tänk på att det är den som ska försäkras som personligen också ska fylla i och skriva under hälsodeklarationen. Blanketten ska fyllas i med tydlig skrift och inte med blyertspenna.

Ersättning

Ansvaret för att blanketten blir fullständigt ifylld är ditt eget. Om den inte är korrekt ifylld riskerar du att få nedsatt eller ingen ersättning alls från försäkringen om en skada/försäkringsfall inträffar.

Rätt pris

Anledningen till att vi undrar hur du mår är för att du ska få försäkring till rätt pris. Har du mindre god hälsa är risken att du blir sjukskriven eller drabbas av en skada högre än normalt. Du kan då behöva betala ett högre pris för ditt försäkringsskydd. Om du har mindre god hälsa finns också möjligheten att du erbjuds en försäkring med ett undantag, så kallad klausul. Då betalar du normalt pris för försäkringen men får inte någon ersättning för de skador eller besvär som undantaget avser. I vissa fall kan vi inte erbjuda någon försäkring alls för dig.

Riskbedömning

När du besvarat hälsodeklarationen skickar du in den till oss. Tänk på att hälsoförklaringen är en färskvara, dvs den gäller endast i 30 dagar från ditt undertecknande. Vi behöver alltså få den från dig inom 30 dagar från det att du undertecknat hälsodeklarationen. När den inkommit till oss bedömer vi den och ser om något av det du fyllt i kan ha betydelse för försäkringen. Ibland behöver vi återkomma till dig för mer information och ibland behöver vi även ditt samtycke för att kunna begära in ytterligare upplysningar från tex din läkare eller vårdcentral. Vi samarbetar med ett återförsäkringsbolag som administrerar och sköter riskbedömning åt oss. Det innebär att det oftast är de som kontaktar dig om de har frågor kring det du uppgett i hälsodeklarationen.

All hantering av hälsodeklarationer och kompletterande handlingar sker självklart under sekretess. Läs mer om vår personuppgiftspolicy på vår hemsida www.pppension.se.

Om något händer

Om du drabbas av en skada behöver vi veta vad som har hänt innan vi kan betala ut ersättning. Det kan då hända att vi, efter ditt samtycke, behöver begära in upplysningar från din läkare, vårdcentral eller liknande. Dessa upplysningar jämförs med de svar du uppgav i hälsodeklarationen när du sökte försäkring.

Hör av dig

Vi har försökt att utforma blanketten så klart och tydligt som möjligt men det kan ändå vara svårt att fylla i den och du kan ha frågor om hur du ska fylla i blanketten. Tveka inte att kontakta oss på PP Pensions kundcenter om du har frågor kring detta. Du når oss på telefon 08-29 90 50.

Hälsodeklaration

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, ska uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV-smitta (AIDS-virus). Fyll inte i blanketten med blyerts.

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, alkoholisk (>3,5 vol%), vin eller starksprit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange genomsnittligt antal glas/vecka: (öl/cider/alkoholisk 30cl/glas, vin 15 cl/glas, starksprit 4cl/glas)		
4.	Har du, inom de senaste fem åren, varit på hälsokontroll eller har du någon läkare eller annan vårdgivare som du brukar anlita? OBS! Hälsokontroll som inte föranletts av sjukdom eller symtom där resultatet varit utan anmärkning och där ingen uppföljning planerats eller genomförts, exempelvis vid förkylningar och enkla övre luftvägsinfektioner, 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 fem 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 (till exempel 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? Kärleksjukdom? Åderbräck?	<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 två 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 diskbräck?	<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, sömnrubbing, 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 dioptritalet. 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) Ämnesomsättningsrubbing, 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? När senast?
14. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
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/arbetsoförmögen 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 sista sidan nedan.

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

Underskrift

<p>Jag bekräftar att:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jag själv besvarat och fyllt i denna hälsodeklaration samt att de lämnade uppgifterna är fullständiga och sanna. <p>Jag är medveten om att:</p> <ul style="list-style-type: none"> de uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig. de uppgifter PP Pension erhåller om mitt hälsotillstånd samt PP Pensions riskbedömningsresultat vid eventuell återförsäkring får delges återförsäkringsbolaget. vid tjänstepensionsförsäkring ger jag försäkringsgivaren rätt att meddela min arbetsgivare om försäkringen beviljas med förbehåll dock utan att ange den medicinska orsaken till förbehållet. 		
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

*Information angående frågor om genetisk test och familjeupplysning

Lagen om genetisk integritet

Från och med den 1 januari 2007 gäller Lag om genetisk integritet mm (2006:351). Genom lagen har den enskilde fått ett förbättrat skydd mot diskriminering på grund av det genetiska arvet då liv- och sjukförsäkring tecknas.

Vi som försäkringsbolag får inte utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att försäkringstagaren eller den försäkrade ska genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Vi får inte heller utan stöd i lag i samband med ett avtal efterforska eller använda genetisk information.

Definition av genetisk undersökning och genetisk information

Med genetisk undersökning avses: En undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning genom olika analysmetoder eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar för att ge upplysningar om en människas arvsmassa.

Med genetisk information avses: Information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysningen om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.

Lagens begränsning

Ovan beskrivet förbud gäller inte om den försäkrade fyllt 18 år och om det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall ska utbetalas som engångsbelopp, överstiger 30 prisbasbelopp eller om försäkringsbeloppet vid en periodisk utbetalning överstiger fyra prisbasbelopp per år.

Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma försäkringsbolag. Med sökta försäkringar avses också en ändring eller utökning av försäkringen.