



SE-105 39 Stockholm

Var noggrann med uppgifterna om din hälsa

För att vi ska kunna ha rätt prissättning på våra försäkringar, genomför vi alltid noggranna kontroller av de uppgifter du lämnar om din hälsa. Både då du ansöker om försäkringen och om det blir aktuellt att försäkringsersättning ska betalas ut.

Riskera inte att du eller din familj blir utan ersättning

Om du lämnar riktiga uppgifter från början, riskerar du inte att du eller dina efterlevande blir utan ersättning. Det kan nämligen hända om vi vid en granskning upptäcker att uppgifterna du lämnat inte stämmer.

Tänk på följande när du fyller i blanketten:

- besvara alla frågor själv
- ge hellre för mycket information än för lite
- gör ingen egen bedömning om upplysningen är viktig eller inte
- ta upp både tidigare och nuvarande skador/sjukdomar
- utelämna inte information som du bedömer är av känslig natur.
Du kan om du vill lämna dessa uppgifter i ett separat kuvert till oss i samband med ansökan
- kommer du senare på uppgifter som du glömt att ta upp i samband med ansökan, kontakta oss så snart du kan med dessa uppgifter
- kom ihåg att det är du själv som är ansvarig för att uppgifterna är riktiga.



SE-105 39 Stockholm

Får inte fyllas i med blyertspenna

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon, dagtid (inkl riktnr)
Postnummer och ort	Förmedlad av (anställningsnummer/clearingnummer/kod)	
<input type="checkbox"/> Nyteckning <input type="checkbox"/> Ändring <input type="checkbox"/> Flytt		
Avtalsnummer		Försäkringsnummer

Viktig information: Samtliga frågor ska besvaras personligen av den som ska försäkras. Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringsmomenten blir ogiltiga. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och besvär samt all sjukskrivning liksom vård, behandling, undersökning och kontroll -även för psykiska och nervösa besvär samt alkohol - narkotikamissbruk och annat missbruk - ska uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV-smitta (AIDS-virus). Hälsodeklaration som du inte vill visa på kontor eller hos rådgivare/förmedlare kan sändas i slutet kuvert till SPPs riskbedömningsavdelning.

1. a) Har du under de senaste fem åren i andra försäkringsbolag tecknat eller sökt liv-, pensions- eller sjukförsäkringar för vilka du lämnat hälsodeklaration?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", uppge i vilket/vilka försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Livförsäkring <input type="checkbox"/> Pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Sjukförsäkring <input type="checkbox"/> Annan försäkring Bolag:
b) Beviljades försäkringen till normala villkor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", ange orsak till varför försäkringen inte beviljades till normala villkor
2. Är du svensk medborgare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej", vilken är din nationalitet? Hur länge har du bott i Sverige?
3. Har du varit sammanhängande folkbokförd i Sverige under de tre senaste åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Nej": a) i vilket land har du varit bosatt? b) Under vilken tidsperiod?
4. Är du inskriven i svensk försäkringskassa?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
5. Vilket är ditt yrke/din sysselsättning?		
6. Din längd och vikt	Längd i cm	Vikt i kg
7. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", hur mycket per dag? <input type="checkbox"/> Jag har rökt men slutat år:
8. Går du för närvarande på, eller har du under någon tid under de 5 senaste åren gått på hälsokontroller eller har du någon läkare som du brukar anlita?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anledning Resultat <input type="checkbox"/> utan anmärkning <input type="checkbox"/> annat: Läkarens namn och adress

SE-105 39 Stockholm

Personnummer

9. Använder du något receptfritt läkemedel/medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket/Vilka, dosering?
		Anledning?
10. Använder du något receptbelagt läkemedel/medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket/Vilka, dosering?
		Anledning? Receptskrivande läkare
11. Har du lämnat blodprov för HIV-test?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När? Var?
		Resultat <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)
12. Har du nu sjuklön, sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning (även vilande eller tidsbegränsad), livränta, handikapp-ersättning eller liknande ersättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilken/vilket? Sedan när?
		Anledning?
13. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", anledning?
		Vilken/vilka tidsperioder?
14. Har du nu eller har du tidigare haft särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddad arbete) eller lönebidragsanställning på grund av hälsoskäl?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", anledning?
		Vilken/vilka tidsperioder?
Har du nu eller har du tidigare haft (oavsett när):		Om du svarar "Ja" på någon av nedanstående frågor, komplettera svaret på sid 4.
15. Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Blodtrycksvärde När uppmättes blodtrycket? (år, mån)
		Vilket år konstaterades högt blodtryck?
		Om "Ja", vilken/vilka medicin/er?
Medicinerar du för detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
16. Blodpropp? Hjärnblödning? Kärtsjukdom? Åderbräck annat än på ben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
17. Åderbräck ben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
18. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
19. Astma eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
20. Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> pollenallergi <input type="checkbox"/> pälsdjursallergi
		<input type="checkbox"/> annan allergi, vilken?
21. Snarkar du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", lider du av andningsuppehåll vid snarkning?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Om "Ja", lider du av dagtrötthet?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
22. Hudsjukdom eller eksem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
23. Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", har du haft ledbesvär med anledning av detta?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
24. Reumatisk sjukdom? Annan sjukdom, förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

SE-105 39 Stockholm

Personnummer

25. Ischias? Diskbräck? Besvär från rygg, ben, nacke eller armar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nacke <input type="checkbox"/> Bröstrugg <input type="checkbox"/> Ländrygg <input type="checkbox"/> Annat:
26. Sjukdom/besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller annan liknande	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal behandlingar Uppge år, månad för första behandling samt år, månad för senaste behandling
27. Struma, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
28. Infektionssjukdom? (t.ex. TBC eller gulsot)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
29. Har du Diabetes Mellitus (sockersjuka)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket år konstaterades din Diabetes? Vilken behandling har du?
30. Äggvita eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
31. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
32. Sjukdom/besvär i underlivsorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
33. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
34. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlar? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
35. Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Yrsel? Svimningsanfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
36. Psykiska besvär, sömnrubbnig, psykisk sjukdom, utbrändhet eller stressrelaterade symtom? Kontakt med psykolog, psykoterapeut eller liknande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
37. Alkoholproblem, läkemedelsmissbruk eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
38. Har du fått läkarvård eller annan vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
39. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Typ av preparat? Under vilken tid? När senast?
40. Ögonsjukdom? Synnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	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 Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet (om du inte vet ska du bifoga det senaste glasögonreceptet)
41. Öronsjukdom? Hörselnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	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
42. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symptom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilken/vilka?
43. Har du - utöver vad som angivits ovan - andra symtom, besvär eller smärtor som kan tyda på, eller gör att du misstänker sjukdom eller kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket/vilka symtom?

SE-105 39 Stockholm

Personnummer

Följdfrågor
Viktigt! Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 15-43 ska du lämna upplysningar här nedan.

(Vid brist på utrymme, kan svar lämnas även på baksidan)

	Mina svar avser fråga nr	Mina svar avser fråga nr	Mina svar avser fråga nr
Uppge sjukdom, skada, handikapp eller symtom. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.			
När började sjukdomen/besvären?			
Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? Uppge år och månad.			
Vilken läkare eller vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.			
Vilken var anledningen till undersökningen?			
Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?			
Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc.)			
Ska du på kontroll igen? Om "Ja", när?			
Är du helt återställd och utan besvär? Om "Ja", sedan när?			
Om du inte är återställd, vilka besvär eller symtom kvarstår? Har du besvär av detta i ditt arbete?			

Frågor om genetisk test och familjeupplysning
Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser vilka uppges på informationsbladet punkt D "Begränsning av åtagandet", ska frågorna 44 och 45 besvaras.

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



SE-105 39 Stockholm

Hälsodeklaration

Sida
5 (6)

Personnummer

Underskrift av den som ska försäkras. Vänligen kontrollera att du har besvarat samtliga frågor.

Jag är medveten om att de uppgifter jag lämnat i denna handling ska ligga till grund för försäkringsavtalet, samt att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringsmomenten ogiltiga. Jag medger att läkare eller annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna försäkringsgivare inom SPP samt de återförsäkringsbolag som anlitas de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som SPP anser sig behöva	för att handlägga försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden. Inhämtad information kommer att arkiveras hos SPP samt de återförsäkringsbolag som anlitas oavsett om försäkring beviljas eller inte. Arkivering kommer att ske i enlighet med vid var tidpunkt gällande sekretessregler.
Datum	Ort
Namnteckning	Namnförtydligande

SPP:s noteringar	Bedömningar

SE-105 39 Stockholm

Information om genetisk undersökning och genetisk information

A. Lag

Genom lag om genetisk integritet m m som trädde i kraft den 1 juli 2006 har den enskilde fått ett förbättrat skydd mot diskriminering på grund av det genetiska arvet då liv- och sjukförsäkring tecknas.

B. 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 arvs massa.

Med genetisk information avses:

Information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysningar om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.

C. Förbudet

Försäkringsbolaget får inte utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att någon genomgår genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. Bolaget får inte heller utan stöd i lag i samband med ett avtal efterforska eller använda genetisk information.

D. Begränsning av förbudet

Förbudet gäller fr o m 1 januari 2007 liv- och sjukförsäkringar där försäkringsersättning som utbetalas som engångsbelopp, inte överstiger 30 prisbasbelopp enligt lagen om allmän försäkring eller, då försäkring utbetalas periodiskt (efterlevandepension eller sjukersättning), 4 prisbasbelopp per år.

Med försäkringsbelopp avses totalt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar per bolag.

Anmärkning

Ersättning från sjukvårdsförsäkring betraktas som sjukersättning. Ersättning från denna typ av försäkring är inte förutbestämd och inte begränsad därför ska frågorna om genetisk test och familjeupplysning alltid besvaras.