

Kompletterande ansökan

Sjukavbrottsförsäkring - Kritisk sjukdom

Kompletterande handling till original ansökan gäller:

 Sjukavbrottsförsäkring Kritisk sjukdom

Vid försäkring för företag (Gäller endast vid tecknande av momentet Sjukavbrottsförsäkring)

Omsättning	Lönesumma	Startdatum
Fasta kostnader	Avtal från?	Antal anställda

Syssetsättning medborgarskap

Förvärsarbete (inkl. bisysslor), studielinje, annan verksamhet	Förvärsarbete (inkl. bisysslor), studielinje, annan verksamhet Medförsäkrad
Kommer Du att - flyga annat än som passagerare? - resa till Polartrakterna eller länder med krig eller politiska oroligheter? - delta i hastighetstävlingar med motorfordon? - utöva annan riskfylld sport eller syssetsättning? (Arbete på oljeplattform, djupdykning, proffsboxning, drakflygning, vara stuntman, cirkusartist e d)	Besvaras av icke svensk medborgare Nationalitet Hur länge har Du varit bosatt i Sverige?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om "Ja", v g precisera här	

Hälsöförklaring

 Läkarutlåtande kommer att insändas

Nedanstående hälsofrågor kan – om Du så önskar – besvaras på en separat blankett som insänds i tillslutet kuvert till försäkringsbolagets överläkare, antingen direkt av Dig eller via bolagets representant. Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras.

Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Varje fråga skall besvaras. Om försäkringen söks med läkarutlåtande skall hälsöförklaringen inte fyllas i. Är den som skall försäkras under 16 år skall uppgifterna lämnas på särskild blankett för barn.

Längd (utan skor)	Vikt (utan kläder)	Kontrolleras eller behandlas Du på grund av
1 cm	Kg	2 någon sjukdom, skada eller handikapp? <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel?		
3 Syn- eller hörsselfel anges under H nedan. <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		
4 Har Du under de senaste 5 åren a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning? b) i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? c) varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.		
5 Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Ange när och var samt resultat.		
6 Använder Du någon receptbelagd medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Vilken/vilka? <input type="checkbox"/> Dosering? <input type="checkbox"/> Receptskrivande läkare <input type="checkbox"/> Anledning?		
7 Har Du eller har haft handikappersättning, sjukbidrag, förtidspension eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Vilken/Vilka? <input type="checkbox"/> Fr o m – t o m <input type="checkbox"/> Orsak?		
8 Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": På vilket sätt? <input type="checkbox"/> Sedan när? <input type="checkbox"/> Orsak?		
9 Har Du någon gång i annat livförsäkringsbolag ansökt om livförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Vilket försäkringsbolag?		
10 Röker Du regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?		
11 Besvaras av den som inte fyllt 20 år: Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja", vilken utbildning?		

*) Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 2, 3 eller 4, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A – I nedan.

Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.

A Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?
B Under vilka tider var Du sjuk?
C När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?
D Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc)
E Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc)
F Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?

G Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?

H Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptriet. Är Ni tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.

I Vilken försäkringskassa tillhör Du?

Hälsfrågor (Gäller endast vid tecknande av momentet Kritisk Sjukdom)

1 Hur stor är Din dagskonsumtion av:

a) Tobak (cigaretter) <10 10-20 >20 Om mer än 20 hur många:
Ej rökare

b) Alkohol (cl/vecka) Öl Vin Sprit Om "Ja": Av vad och hur mycket?
Har Du haft en större konsumtion? Ja Nej

Om Du har slutat röka vill vi veta från när och om det var på grund av medicinska orsaker?

2 Har Du någon gång gjort en blod-, röntgen eller EKG-undersökning Ja Nej
eller någon annan speciell undersökning?

Om "Ja": Ange när, var, vilken undersökning samt resultatet av undersökningen.

3 Har Du någon gång lidit eller haft symptom av någon av följande sjukdomar eller tillstånd?

a) Hjärtsjukdom eller blodcirkulationssjukdom, t ex högt blodtryck, hjärtklappning, andfåddhet eller bröstsmärtor? Ja Nej

b) Sjukdom i andningsorganen, t ex astma, bronkit, tuberkolos eller pneumoni (lunginflammation)? Ja Nej

c) Någon ögon eller öronsjukdom? Ja Nej

d) Någon infektion i njurarna eller urinblåsan, urinvägs-/urinsjukdom eller diabetes mellitus? Ja Nej

e) Sjukdom i levern, matsmältningens inre organ, magsäcken eller tarmarna? Ja Nej

f) Någon psykisk sjukdom, t ex depression eller ångesttillstånd? Ja Nej

g) Något neurologiskt tecken, inkluderande ryckningar, epilepsi, "blackouts" eller multipel sclerosis? Ja Nej

h) Någon annan sjukdom, skada eller fysiskt handikapp? Ja Nej

Om "Ja" på någon fråga: Ange vilken (a-h) samt när, var och åtgärden som vidtogs:

4 När besökte Du sist Din doktor och är Du för närvarande under behandling eller använder någon medicin?
Ange när, vilken läkare, inkluderande adress och telefonnummer samt vilken behandling och medicin.

Underskrifter

Av den som skall vara försäkrad

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Jag medger

- att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident Insurance AB de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m som bolaget anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan, eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden.
- att de uppgifter som erhålls om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det/de återförsäkringsbolag som Euro Accident Insurance AB anlitar.

Datum Namnteckning Telefonnummer (inkl. riktnr.)

Av försäkringstagaren om denne är annan än den försäkrade

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är införstådd med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd mm i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.

Datum Namnteckning Telefonnummer (inkl. riktnr.)