

Personuppgifter på försäkrad

Namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	E-postadress	

Hälsifrågor - samtliga skall besvaras

Använd blanketten, Hälsodeklaration Bilaga, vid fler sjukdomar (en blankett per sjukdom/besvär/diagnos). Antal bilagor bifogade:		
1. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1a. Om Ja, vad är det för sjukdom/besvär? Diagnos?		
1b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
1c. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad		
1d. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad		
1e. När behandlades du senast för den aktuella åkomman?		
Är du symptomfri?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1f. Om Ja, när blev du symptomfri? År/månad		
1g. Om Nej, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?		
1h. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress:		
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om svar Ja, ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit förtidspension / sjukersättning / aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom / skada / besvär.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fr.o.m.	T.o.m.	Diagnos:
3. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin? Om Ja, ange nedan vilken/vilka mediciner samt receptskrivande vårdgivare/läkare.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Längd (cm) och vikt (kg)?		
5. Röker du?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du/har du någon gång haft, eller finns misstankar om något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, skada eller annat kroppsfel? Gäller även HIV. Om Ja, ange vad nedan		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Har du utöver ovanstående, syn-/hörselfel Om Ja, Ange syn-/hörselfel. Ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Information och behandling av personuppgifter samt underskrift

<p>Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident och LF personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents och LFs integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy</p> <p>Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident och LF samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.</p> <p>Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag har tagit del av förköpsinformation för den försäkring jag tecknar. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och ev. rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att: Försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident/LF anlitar för riskbedömning och skadereglering behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.</p>		
Ort och datum	Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad

Personuppgifter på försäkrad

Namn	Personnummer
------	--------------

Hälsofrågor Bilaga - En blankett per sjukdom/besvär/diagnos

1. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1a. Om Ja, vad är det för sjukdom/besvär? Diagnos?			
1b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:			
1c. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad			
1d. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad			
1e. När behandlades du senast för den aktuella åkomman?			
Är du symptomfri?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1f. Om Ja, när blev du symptomfri? År/månad			
1g. Om Nej, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?			
1h. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress:			
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om svar Ja, ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit förtidspension / sjukersättning / aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom / skada / besvär.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fr.o.m.	T.o.m.	Diagnos:	
3. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja, ange nedan vilken/vilka mediciner samt receptskrivande vårdgivare/läkare.			

Information och behandling av personuppgifter samt underskrift

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident och LF personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents och LFs integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy

Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident och LF samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag har tagit del av förköpsinformation för den försäkring jag tecknar. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och ev. rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att: Försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident/LF anlitar för riskbedömning och skadereglering behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum	Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad
---------------	-----------------------	-----------------------------

Personuppgifter på försäkrad

Namn	Personnummer
------	--------------

Hälsofrågor Bilaga - En blankett per sjukdom/besvär/diagnos

1. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1a. Om Ja, vad är det för sjukdom/besvär? Diagnos?		
1b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
1c. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad		
1d. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad		
1e. När behandlades du senast för den aktuella åkomman?		
Är du symptomfri?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1f. Om Ja, när blev du symptomfri? År/månad		
1g. Om Nej, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?		
1h. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress:		
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om svar Ja, ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit förtidspension / sjukersättning / aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom / skada / besvär.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fr.o.m.	T.o.m.	Diagnos:
3. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin? Om Ja, ange nedan vilken/vilka mediciner samt receptskrivande vårdgivare/läkare.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Information och behandling av personuppgifter samt underskrift

<p>Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident och LF personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents och LFs integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy</p> <p>Integritetspolicy, innehåller bland annat information om hur Euro Accident och LF samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.</p> <p>Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag har tagit del av förköpsinformation för den försäkring jag tecknar. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och ev. rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att: Försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident/LF anlitar för riskbedömning och skadereglering behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.</p>		
Ort och datum	Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad