

Ansökan och hälsodeklaration

Ska fyllas i personligen av den som ska försäkras.

är viktigt att alla frågor besvaras. Ansökan skickas till: Nordeuropa Försäkring
Box 56044, 102 17 Stockholm

Gruppavtal/nr Trygg Brandman
Personnummer

Medlems/anställds (gruppmedlems) namn	Personnummer
---------------------------------------	--------------

HÄLSÖFÖRKLARING – uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras.

		Gruppmedlem
1. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Ange din längd i cm och vikt i kg utan skor och kläder.	Cm Kg	
3. Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
4. Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? (Syn- eller hörsselfel anges under H nedan.)		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
5. Har Du under de senaste 5 åren: a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? b) 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.		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
6. Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Om "Ja": Ange när och var samt resultat.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Använder Du någon receptbelagd medicin? Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Vilken/vilka? _____ Dosering? _____ Receptskrivande läkar _____ Anledning? _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Har Du eller har haft handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning? Om "Ja": Vilken/Vilka? _____ Fr.o.m. – t o m _____ Orsak? _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? Om "Ja": På vilket sätt? _____ Sedan när? _____ Orsak? _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Har Du någon gång i annat livförsäkringsbolag ansökt om livförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? Om "Ja": Vilket försäkringsbolag?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Röker Du regelbundet? Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. 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)? Om "Ja", vilken utbildning?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

*** Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 3, 4 eller 5, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A – I nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.**

		Gruppmedlem
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 dioptritalet. Är Ni tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.		
I Vilken försäkringskassa tillhör Du?		

Underskrift och fullmakt

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i gruppörsäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos Nordeuropa Försäkring, under förutsättning att försäkring kan beviljas på normala grunder. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger att bolagets riskbedömningsunderlag får delges bolagets återförsäkringsbolag.

Jag har tagit del av förköpsinformation "broschyren Trygg Brandman"	Ort, datum	Underskrift av gruppmedlem
------------------------------------------------------------------------	------------	----------------------------