

Hälsodeklaration

Sjuk- och Olycksfall vuxen

Sjuk- och Olycksfallsförsäkring vuxen kan sökas för dig som är 16-54 år.

Hälsodeklarationen ska fyllas i och undertecknas tidigast 3 månader före försäkringens startdatum.

Skicka hälsodeklarationen till:

Moderna Försäkringar
Riskbedömning
Box 4226
203 13 Malmö

Nyteckning

Offert- eller försäkringsnummer:

Ändring av befintlig försäkring

Försäkringsnummer:

Ändringen ska gälla från och med (datum):

Fyll i nedan om du vill höja försäkringsbeloppet eller lägga till Utökat skydd

Medicinsk invaliditet

500.000 700.000 1.000.000 1.500.000 2.000.000

Ekonomisk invaliditet

500.000 700.000 1.000.000

Tillägg av Utökat skydd

Ja Nej

Försäkrad (den person försäkringen ska gälla för)

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer (10 siffror) (Fyll i på alla sidor)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefon bostad

Telefon dagtid eller mobil

E-postadress

Yrke

Försäkringstagare (endast om försäkringstagare är annan än Försäkrad)

Efternamn och tilltalsnamn

Personnummer (10 siffror)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefon bostad

Telefon dagtid eller mobil

E-postadress

Försäkrades personnummer

Fråga 8-14**8**

Vilken sjukdom, skada, funktionsnedsättning eller kroppsfel gäller det?

EXEMPELFråga 8 sjuktilfälle 1: Allergi mot nötter
sjuktilfälle 2: brutit höger handled

Dina svar på fråga 9-14 ska då referera till dessa tillfällen.

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

9

När insjuknade eller skadades du? Ange datum.

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

10

När undersöktes, behandlades, vårdades eller kontrollerades du senast?

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

11Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har du anlitat?
(ange även vilken klinik/mottagning eller avdelning och adress med postnummer)

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

12Vilken behandling har du genomgått?
(t.ex. operation, strålbehandling, medicinering)

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

13

Har du kvarstående men eller besvär? Vilka?

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

14

Sedan när är du symtomfri? Ange datum.

Sjuktilfälle 1:

Sjuktilfälle 2:

Sjuktilfälle 3:

Försäkrades personnummer

Fråga 15-22 (om du svarar "Ja" på någon av frågorna 17-20 eller "Nej" på fråga 21, besvara även följdfrågorna)

15

a. Vid synfel eller ögonsjukdom ange felets art och grad samt om det är enkelt- eller dubbelsidigt och i så fall vilket öga.
Bifoga gärna kopia av senaste glasögonreceptet.

a.

b. Vid närsynthet eller översynthet, ange dioptriet om detta är +/- 6,0 eller mer på något öga.

b. Höger:

Vänster:

16

a. Vid hörsselfel ange felets art och grad samt om det är enkel- och dubbelsidigt och i så fall vilket öra.

a.

Bifoga gärna kopia av senaste audiogram, om hörselundersökning utförts.

b. Om hörselundersökning utförts, vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har anlitats?
Ange namn och fullständig adress med postnummer.

b.

17

Använder du regelbundet någon receptbelagd medicin?

 Ja Nej

Om "Ja", vilken eller vilka?

Om "Ja", vilken är anledningen till medicineringen?

Om "Ja", ange receptskrivande läkare.

Om "Ja", när och var gjordes kontroll senast?

18

Har du varit sjukskriven i mer än 14 dagar i följd eller haft sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension, sjukersättning, aktivitetsersättning, lönebidrag, handikappersättning, rehabiliteringsersättning eller livränta?

 Ja Nej

Om "Ja", ange vilket av dessa.

Om "Ja", vilken är orsaken?

Om "Ja", under vilka perioder?

Försäkrades personnummer

19

Har du eller har du haft särskilt anpassat arbete/
skolgång eller lönebidragsanställning av hälsoskäl eller
andra skäl (någon funktionsnedsättning)?

Ja Nej

Om "Ja", ange vilket av dessa.

Om "Ja", vilken är orsaken?

Om "Ja", under vilka perioder?

20

Har du fått ersättning för medicinsk eller ekonomisk
invaliditet för någon sjukdom eller skada?

Ja Nej

Tidigare skada undantas i villkoren.

Om "Ja", ange kroppsskada eller diagnos.

Om "Ja", ange invaliditetsgrad.

Om "Ja", ange årtal för sjukdomen eller skadan.

21

a. Har du tidigare sökt personförsäkring i annat bolag
för vilken du lämnat hälsodeklaration?

Ja Nej

a. Om "Ja", ange försäkring och försäkringsbolagets namn.

b. Beviljades försäkringen normalt?

Ja Nej

b. Om "Nej", ange orsak till varför försäkringen inte beviljades
normalt.

22

Röker du?

Ja Nej

Eventuellt kompletterande uppgifter

Underskrift

Personuppgiftslagen (PuL)

För att kunna riskbedöma och administrera försäkringar måste försäkringsgivaren samla in personuppgifter. Insamlade uppgifter kommer att sparas och behandlas konfidentiellt enligt Personuppgiftslagen (PuL). Enligt PuL har du rätt att begära information om och rättelse av de personuppgifter som finns om dig. Personuppgiftsansvarig är Moderna Försäkringar.

Underskrift

Hälsodeklaration ska vara försäkringsgivaren tillhanda senast 14 dagar efter underskrift.

Underskrift ska lämnas av den försäkrade om han eller hon är 16 år eller äldre. Om den försäkrade är under 18 år ska även vårdnadshavare skriva under.

I förekommande fall ska i stället god man eller förvaltare skriva under.

Försäkrad (den person försäkringen ska gälla för)

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavare, god man eller förvaltare

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Härmed förklarar jag att lämnade uppgifter och svar i denna hälsodeklaration är fullständiga och sanna och att de ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltlig.

Om du redan har en Sjuk- och Olycksfallsförsäkring i ett annat bolag idag, är det viktigt att du inte säger upp den innan du har fått din nya försäkring beviljad!