

## Varför så många frågor?

Du kan försäkra en kommande sjukdom eller olyckshändelse, men inte sjukdomar som du redan har idag.

### Varför behövs en hälsodeklaration?

Din försäkring bygger på att flera personer hjälps åt att ersätta den som drabbas av en sjukdom eller olycka. För att dela den tryggheten betalar du en premie. Storleken på premien och vilken försäkring vi kan erbjuda beror på din hälsa. För att få teckna en sjukförsäkring måste du därför svara på några frågor om din hälsa. Det bidrar till att du och våra andra försäkrade får rätt försäkring till rätt premie.

### Var noga och sanningsenlig

För att din sjukförsäkring ska gälla, är det viktigt att du fyller i frågorna om din hälsa noga och sanningsenligt. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan innebära att försäkringen inte gäller.

Det är viktigt att ni svarar på alla frågor och eventuella kompletterande frågor. Får vi inte in en komplett ifylld hälsodeklaration fortsätter försäkringen gälla som en olycksfallsförsäkring.

### Vem ska fylla i hälsodeklarationen?

Uppgifterna ska lämnas av den försäkrade.

### Vad händer sedan?

Skicka in hälsodeklarationen till oss **inom 14 dagar från underskriftsdatum**. Du behöver inte frankera kuvertet. Vi tar sedan hand om din ansökan. Om du har skrivit något som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi kanske ytterligare information från dig eller exempelvis din läkare. I så fall kommer vi att kontakta dig igen.

Tveka inte att kontakta oss om du känner dig osäker gällande hälsodeklarationen, vi hjälper dig gärna. Maila oss på [riskbedomning@modernaforsakringar.se](mailto:riskbedomning@modernaforsakringar.se) eller ring oss på telefonnummer 040-694 48 00 med frågor angående hälsodeklarationen.

**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!**

### Skicka hälsodeklarationen till:

Moderna Försäkringar  
Riskbedömning  
Svarspost  
0020485075  
203 10 Malmö

## Hälsouppgifter – vuxen

Den försäkrades namn

Den försäkrades personnummer

## Fråga 1–9

- 1 a: Längd \_\_\_\_\_ cm | b: Vikt \_\_\_\_\_ kg | c: Röker du?  Ja  Nej  Ibland
- 2 Är du bosatt och folkbokförd i Sverige sedan minst två år?  Ja  Nej
- 3 Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete?  Ja  Nej  
Med fullt arbetsför menas att du:
- **inte** är helt eller delvis sjukskriven.
  - **inte** får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning.
  - **inte** har särskilt anpassat arbete, arbetsträna, har lönebidragsanställning eller liknande.
- 4 Har du under de senaste två åren varit på hälsokontroll (enbart företagshälsovård, mammografi eller cellprov)?  Ja  Nej
- 5 Har du varit sjukskriven (helt eller delvis) i mer än 14 dagar i följd eller haft sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension, sjukersättning, aktivitetsersättning, lönebidrag, handikappersättning, rehabiliteringsersättning eller livränta?  Ja  Nej
- 6 Har du eller har du haft alkohol-, läkemedels- eller annat missbruk?  Ja  Nej
- 7 Har du eller har du haft stressrelaterade besvär, sömnrubning, trötthetssyndrom, utbrändhet, psykiska besvär eller annan psykisk sjukdom?  Ja  Nej
- 8 Har du fått ersättning för medicinsk eller ekonomisk invaliditet för någon sjukdom eller skada?  Ja  Nej
- 9 Har du tidigare sökt personförsäkring för vilken du lämnat hälsodeklaration?  Ja  Nej

## Under de senaste fem åren

- 10 Har du eller har du haft allergiska besvär?  Ja  Nej
- 11 Har du eller har du haft luftvägsbesvär (t ex astma, KOL, emfysem)?  Ja  Nej
- 12 Har du eller har du haft synfel på sämre än +/- 8 dioptrier, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär?  Ja  Nej
- 13 Har du eller har du haft nedsatt hörsel, öronsjukdom/skada eller tinnitus?  Ja  Nej
- 14 Har du eller har du haft förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom eller bröstsmärtor?  Ja  Nej
- 15 Har du varit hos läkare eller annan sjukvårdspersonal, naprapat eller kiropraktor för besvär med nacken, ryggen, leder eller muskler?  Ja  Nej
- 16 Har du eller har du haft någon sjukdom, skada, någon funktionsnedsättning eller kroppsfel som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej
- 17 Har du blivit kallad av eller sökt vård hos läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukegymnast, naprapat kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för annat som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej
- 18 Har du använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej
- 19 Har du något besök hos läkare eller annan vårdgivare planerat som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej

Om du har kryssat i någon cirkel  fyller du i följdfrågorna med samma nummer under "kompletterande frågor" på sidan 4–10.  
Om du bara har kryssat i kvadrater , skriv under på sidan 3 och skicka in.



## Underskrift

### Behandling av personuppgifter

För att kunna riskbedöma och administrera försäkringar måste försäkringsgivaren samla in personuppgifter. Insamlade uppgifter kommer att sparas och behandlas konfidentiellt enligt EU:s dataskyddsförordning och kompletterande svensk dataskyddslagstiftning. Uppgifter från din ansökan och hälsodeklaration kan komma att lämnas ut till Moderna Försäkringars samarbetspartners, inklusive företag som hanterar riskbedömning och administration av sjuk- och olycksfallsförsäkringar. För fullständig information om behandlingen av personuppgifter, se Moderna Försäkringars integritetspolicy på [www.modernaforsakringar.se/integritet]. Personuppgiftsansvarig är Moderna Försäkringar. Avseende Livförsäkring är Movestic Livförsäkring AB försäkringsgivare och personuppgiftsansvarig.

### Underskrift

**Hälsodeklarationen ska vara försäkringsgivaren tillhanda senast 14 dagar efter underskrift.**

Underskrift ska lämnas av den försäkrade.

### Försäkrad (den person försäkringen ska gälla för)

Datum för underskrift (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande
Telefonnummer	E-postadress
Yrke	

Härmed förklarar jag att lämnade uppgifter och svar i denna hälsodeklaration är fullständiga och sanna och att de ska ligga till grund för försäkringsavtalet. För de fall där jag har fyllt i de kompletterande frågorna intygar jag även att dessa är fullständiga och sanna. 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!**

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

<p><b>2</b> Är du bosatt och folkbokförd i Sverige sedan minst två år?</p>	<p>I vilket land bodde du tidigare?</p> <hr/> <p>Under vilken period bodde du där?</p> <hr/>
<p><b>3</b> Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete?</p>	<p>Varför kan du inte fullgöra ditt vanliga arbete?</p> <hr/> <p>Sedan när kan du inte fullgöra ditt vanliga arbete?</p> <hr/> <p>Vilken typ av ersättning får du?</p> <hr/> <p>Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.</p> <hr/>
<p><b>4</b> Har du under de senaste två åren varit på hälsokontroll (med hälsokontroll avses företagshälsovård, mammografi, cellprov)?</p> <p>Vad blev resultatet vid dina hälsokontroller?</p> <p><input type="checkbox"/> utan anmärkning    <input type="checkbox"/> annat</p>	<p>När gjordes senaste hälsokontrollen?</p> <hr/> <p>Vilken var anledningen till hälsokontrollen?</p> <hr/> <p>Om annat, ange vad resultatet av hälsokontrollen var.</p> <hr/> <p>Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.</p> <hr/>
<p><b>5</b> Har du varit sjukskriven (helt eller delvis) i mer än 14 dagar i följd eller haft sjukpenning, sjukbidrag, förtidspension, sjukersättning, aktivitetsersättning, lönebidrag, handikappersättning, rehabiliteringsersättning eller livränta?</p>	<p>Vilken typ av ersättning har du haft?</p> <hr/> <p>Av vilken anledning?</p> <hr/> <p>Under vilka perioder?</p> <hr/>

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

6

Har du eller har du haft alkohol-, läkemedels- eller annat missbruk?

Har du kvarstående men eller besvär?

Ja  Nej

Ange vilket missbruk.

Ange under vilken period.

Om ja, ange vilka.

Om nej, sedan när är du symtomfri? Ange år och månad.

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

7

Har du eller har haft stressrelaterade besvär, sömnrubning, trötthetssyndrom, utbrändhet, psykiska besvär eller annan psykisk sjukdom?

Använder du eller har du använt någon medicin för detta?

Ja  Nej

Har du varit sjukskriven på grund av dessa besvär?

Ja  Nej

Vilken diagnos är ställd?

Beskriv besvären med egna ord.

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

När hade du besvär första gången? Ange år och månad.

Hur ofta har du haft besvär?

När hade du besvär senast? Ange år och månad.

Om ja, ange vilken medicin och under vilken period.

Om ja, fyll i vilka perioder under fråga nr 5.

8

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

Ange kroppsskada eller diagnos.

Ange årtal för skadan eller sjukdomen.

När hade du besvär senast? Ange år och månad.

9

Har du tidigare sökt personförsäkring för vilken du lämnat hälsodeklaration?

Beviljades försäkringen till normala villkor?

Ja  Nej

Ange försäkring och försäkringsbolagets namn.

Om nej, ange orsak till varför försäkringen inte beviljades normalt.

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

10

Har du eller har du under de senaste fem åren haft allergiska besvär?

Vad är du allergisk emot?

Hur yttrar sig din allergi?

När hade du besvär senast? Ange år och månad.

Har du genomgått någon allergiutredning/undersökning gällande överkänslighet?

Om ja, vad visade utredningen/undersökningen?

Ja  Nej

Använder du något läkemedel eller pågår någon annan behandling (t ex hyposensibilisering)?

Om ja, ange vilka läkemedel/behandlingar och hur ofta.

Ja  Nej

Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

11

Har du eller har du under de senaste fem åren haft luftvägsbesvär?

Beskriv vilka besvär du har eller har haft från luftvägarna (t.ex. pip i bröstet, andnöd, hosta).

När hade du dessa besvär första gången? Ange år och månad.

Hur ofta har du luftvägsbesvär?

När hade du senast luftvägsbesvär? Ange år och månad.

Har du fått någon diagnos fastställd?

Om ja, ange vilken diagnos.

Ja  Nej

Vilka läkemedel använder du för närvarande?

Planeras vidare uppföljning eller behandling?

Om ja, ange vad som ska göras och när.

Ja  Nej

Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

**12** Har du eller har du under de senaste fem åren haft synfel, ögonsjukdom eller andra ögonbesvär?

Är du eller har du varit närsynt eller översynt sämre än +/- 8 dioptrier? (Om du är osäker, bifoga kopia av senaste glasögonreceptet.)

Ja  Nej

Om ja, besvara fråga a.

a) Ange vilket öga det gäller  höger öga  vänster öga

Har du eller har du tidigare haft någon ögonsjukdom, ögonbesvär eller annat synfel?

Ja  Nej

Om ja, besvara frågorna b-g.

b) Ange vilken ögonsjukdom, ögonbesvär eller annat synfel.

c) Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

d) När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

e) Vilken behandling har du genomgått (t ex medicin, operation etc)?

f) Har du kvarstående men eller besvär?  Ja  Nej

Om ja, ange vilka.

Om nej, sedan när är du symtomfri? Ange år och månad.

g) Är någon behandling/kontroll/utredning pågående eller planerad?

Ja  Nej

Om ja, ange vilken.

**13** Har du eller har du under de senaste fem åren haft nedsatt hörsel, öronsjukdom/skada eller tinnitus?

Har du nedsatt hörsel på något öra?

Ja  Nej

Om ja, besvara frågorna a-b.

Vilka besvär har du eller har du haft?

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

a) Vilket öra gäller det?  höger öra  vänster öra

b) Ange felets art och grad.

(bifoga audiogram)

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

14

Har du eller har du under de senaste fem åren haft förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom eller bröstsmärtor?

Har du haft förhöjt blodtryck?

Ja  Nej

Om ja, besvara frågorna a-c.

Vilka besvär har du haft?

Hur ofta har du haft besvär?

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

Vilka läkemedel använder du för närvarande?

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

a) När konstaterades förhöjt blodtryck? Ange år och månad.

b) Hur ofta kontrolleras ditt blodtryck?

c) Ange de tre senaste uppmätta blodtrycken och när de uppmättes (år och månad).

Tillfälle 1: \_\_\_\_\_

Tillfälle 2: \_\_\_\_\_

Tillfälle 3: \_\_\_\_\_

15

Har du under de senaste fem åren varit hos läkare eller annan sjukvårdspersonal, naprapat eller kiropraktor för besvär med nacken, ryggen, leder eller muskler?

Har du fått någon diagnos fastställd?

Ja  Nej

Planeras vidare uppföljning eller behandling?

Ja  Nej

Vilka besvär har du haft?

När hade du dessa besvär första gången? Ange år och månad.

Hur ofta har du haft besvär?

När hade du senast besvär? Ange år och månad.

Om ja, ange vilken diagnos.

Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Ange vilken/vilka.

Vilken behandling får du eller har du fått (t ex sjukgymnastik eller operation)?

Om ja, ange vad som ska göras och när.

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.



## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

- 16** Har du eller har du under de senaste fem åren haft någon sjukdom, skada, någon funktionsnedsättning eller kroppsfel som du hittills inte tagit upp?  
(gäller det flera olika sjukdomar/symtom – skriv gärna under kompletterande uppgifter eller kopiera denna sida)

Har du kvarstående men eller besvär?

Ja  Nej

Vilken sjukdom, skada, funktionsnedsättning eller kroppsfel gäller det?

När insjuknade eller skadades du? Ange år och månad.

När undersöktes, behandlades, vårdades eller kontrollerades du?

Vilken behandling har du genomgått (t ex operation, strålning)?

**Om ja**, ange vilka.

**Om nej**, sedan när är du symtomfri? Ange år och månad.

Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

- 17** Har du under den senaste fem åren blivit kallad av eller sökt hos läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för annat som du hittills inte tagit upp?  
(gäller det flera olika sjukdomar/symtom – skriv gärna under kompletterande uppgifter eller kopiera denna sida)

Har du kvarstående men eller besvär?

Ja  Nej

Vilken sjukdom, skada, funktionsnedsättning eller kroppsfel gäller det?

När insjuknade eller skadades du? Ange år och månad.

När undersöktes, behandlades, vårdades eller kontrollerades du?

Vilken behandling har du genomgått (t ex operation, strålning)?

**Om ja**, ange vilka kvarstående men/besvär.

**Om nej**, sedan när är du symtomfri? Ange år och månad.

Vilken vårdgivare har anlitats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

## Kompletterande frågor

Besvara endast de frågor som du markerat med en cirkel på sidan 2.

**18** Har du under de senaste fem åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?

Har du kvarstående men eller besvär?

Ja  Nej

Ange läkemedlets namn.

Ange orsak till medicineringen.

Ange under vilken period du medicinerat.

Om ja, ange vilka kvarstående men/besvär.

Om nej, sedan när är du symtomfri? Ange år och månad.

Vilken vårdgivare har anlåtats? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

**19** Har du något besök hos läkare eller annan vårdgivare planerat som du hittills inte tagit upp?

Ange orsaken till det planerade besöket.

Ange tidpunkt för det planerade besöket (år och månad).

Vilken läkare eller annan vårdgivare kommer att anlitas? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.

### Kompletterande uppgifter