



## Varför behöver vi veta så mycket om din hälsa?

*För att du ska få den försäkring du vill ha och som du vet fungerar om något skulle hända dig i framtiden, behöver vi få reda på hur din hälsa är och har varit. Det är också därför vi behöver så noggranna svar av dig när du fyller i hälsodeklarationen "Min hälsa". Om vi nu får ta del av allt om din hälsa så behöver du inte oroa dig för att det inte fungerar om något skulle hända dig.*

### Du kan försäkra det oväntade

Du kan försäkra det som inte går att förutse, exempelvis en kommande sjukdom eller olyckshändelse. Sjukdomar eller besvär som du redan har kan vi däremot inte alltid försäkra. I vissa fall kan du ändå få försäkring med undantag för det du har besvär med eller så betalar du ett högre pris.

### Gör så här så fungerar försäkringen när den behövs

För att din försäkring ska fungera behöver du besvara alla frågor, även om det är många. Skriv hellre för mycket än för lite. Om utrymmet inte räcker till kan du alltid skriva mer på blankettens baksida. Ta även med sådant som du inte tycker har någon betydelse, eftersom det kan hjälpa oss till en bättre bedömning. Om du skulle lämna oriktiga eller ofullständiga uppgifter så kan din ersättning minska eller utebli när du eller dina anhöriga behöver försäkringen. Det är bara med en fullständigt och korrekt ifylld blankett som vi kan ge dig rätt försäkringsskydd till rätt pris.

### Vad händer sedan?

Skicka in "Min hälsa" till oss inom 14 dagar från ditt underskriftsdatum. Vi tar sedan hand om din ansökan. Om du har

skrivit något som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi kanske ytterligare information från exempelvis din läkare eller vårdcentral. I så fall kommer vi att skicka en fullmakt till dig som vi ber dig att skriva under. Den ger oss möjlighet att ta del av nödvändiga handlingar som krävs för att vi ska kunna göra en korrekt bedömning av försäkringens omfattning. Om du har glömt att svara på något i hälsodeklarationen kommer vi att skicka tillbaka den till dig för komplettering.

### Vi behöver ditt samtycke

För att få handlägga din ansökan som innehåller hälsouppgifter behöver vi ditt samtycke. Du lämnar ditt samtycke genom en underskrift på sista sidan. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke.

Vill du återkalla ditt samtycke kontaktar du oss på Länsförsäkringar via mejl: [liv-riskbedomning@lansforsakringar.se](mailto:liv-riskbedomning@lansforsakringar.se). Det går även bra att kontakta oss via brev, adressen är: Länsförsäkringar AB, Medicinsk riskbedömning, 106 50 Stockholm

Vi ber dig observera att denna adress endast gäller för återkallande av samtycket. Om du återkallar samtycket innebär det att vi inte längre kan handlägga din ansökan. Ett återkallande påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att utföra åtgärder så länge samtycke funnits. Vi är väldigt noggranna och försiktiga med de uppgifter du i förtroende lämnar till oss om din hälsa. Allt vi får veta behandlar vi strikt konfidentiellt.

För mer information om hur Länsförsäkringar behandlar hälsouppgifter och andra personuppgifter, se vår information: "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats [lansforsakringar.se/personuppgifter](http://lansforsakringar.se/personuppgifter). Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall ditt lokala länsförsäkringsbolag.



**Fylls i av rådgivare/administratör**

Försäkringsnr/Pensionsplan		<input type="checkbox"/> Ändring	Försäkringsnr Sjukvårdsförsäkring	<input type="checkbox"/> Individuell med tillägg
		<input type="checkbox"/> Nyteckning		<input type="checkbox"/> Individuell
Ärendenr Puls	Ärendeid Ett Liv	<input type="checkbox"/> Friplan	<input type="checkbox"/> Reflex	<input type="checkbox"/> OSV
			Försäkringstagarens organisationsnr	<input type="checkbox"/> Ändring
				<input type="checkbox"/> Nyteckning

**A**

Mina uppgifter	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid (inkl riktnr)
Postnummer och ort	Telefon kvällstid (inkl riktnr)
E-postadress	Mobiltelefon

**Så här gör du**

- A** Fyll i "Mina uppgifter"
- B** Fyll i "Frågor om din hälsa"
- C** Om du kryssat i någon cirkel fyller du i "Kompletterande frågor". Annars går du till avsnitt D på sid 4.
- D** Skriv under Min hälsa.

Tänk på att ta upp alla dina kontakter med sjukvården under de senaste 5 åren.

För att du ska få rätt försäkringsskydd är det viktigt att du tar dig tid att läsa igenom och noggrant besvarar alla frågor. Försäkringsavtalet kan bli ogiltigt om du skulle lämna oriktiga uppgifter. Den information du lämnar behandlar vi strikt konfidentiellt.

**B**
**Frågor om din hälsa**

- Är du bosatt och folkbokförd i Sverige sedan minst två år?  Ja  Nej
- Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete?  
Fullt arbetsför är den som:
  - kan fullgöra sitt vanliga arbete utan hinder, besvär, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall
  - inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande
  - inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 3 månaderna Ja  Nej
- Har du nedsatt syn med mer än minus 8 dioptrier? Har du sökt läkare eller annan sjukvårdspersonal (avser ej optiker) för nedsatt syn, ögonsjukdom eller ögonskada?  Ja  Nej
- Har du sökt läkare, annan sjukvårdspersonal eller hörselklinik för nedsatt hörsel, öronsjukdom/skada eller tinnitus?  Ja  Nej
- Har du skadat dig så att du fått bestående besvär, kvarstående skada eller tvingats till amputation?  Ja  Nej
- Är det planerat att du ska genomgå någon operation eller har du något annat besök hos läkare inbokad?  Ja  Nej

**Har du under de senaste 5 åren varit i kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för något av nedanstående:**

- Besvär med nacken, ryggen, leder eller muskler. Vid flera olika besvär ska dessa anges i separata rutor sid 3.  Ja  Nej
- Astma, andra besvär från andningsvägarna eller allergiska besvär?  Ja  Nej
- Psykiska besvär, ångest, depression, psykisk sjukdom, utbrändhet, utmattningssyndrom eller trötthetssyndrom?  Ja  Nej
- Förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, bröstsmärtor, förhöjda blodfetter, förhöjda sockervärden eller diabetes (gäller även kontroller)?  Ja  Nej
- Har du varit sjukskriven, inte kunnat arbeta av hälsoskäl eller av läkare ordinerats sjukskrivning helt eller delvis under mer än 14 dagar i följd, på grund av sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej
- Har du blivit kallad av eller sökt hos läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för annat som du hittills inte tagit upp? Gäller även problem orsakade av alkohol, narkotika eller annat missbruk.  Ja  Nej
- Har du använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något läkemedel för sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?  Ja  Nej

**Övriga uppgifter**

- Har du utöver vad du redan har besvarat, något fel eller misstänker att du har något fel, på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, besvär eller annat kroppsfel?  Ja  Nej
- |                          |                         |  |
|--------------------------|-------------------------|--|
| 15a. Din längd? _____ cm | 15b. Din vikt? _____ kg | 16. Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 17. Vad arbetar du med?  |                         |  |

**C**

Om du bara kryssat i kvadrater , gå till sid 4 för underskrift.  
 Om du har satt något kryss i en cirkel , fortsätt till sid 3 för att komplettera.

**1. Är du bosatt ...**

- A. I vilket land bodde du tidigare?  
 B. Under vilken period bodde du där?  
 C. När flyttade du därifrån?  
 D. Ange medborgarskap.  
 Fråga J och K behöver inte besvaras.

**2. Om du inte är fullt arbetsför ...**

- A. Varför kan du inte utföra ditt vanliga arbete?  
 B. Vilken typ av ersättning får du?  
 Besvara även fråga J och K.

**3. Syn**

- A. Är din syn nedsatt med mer än 8 dioptrier?  
 B. Har du eller har du haft besvär med dubbelseende, näthinneavlossning eller inflammation i synnerven?  
 Ange vilket  
 C. Har du eller har du haft någon annan ögonsjukdom? Ange vilken.  
 D. När hade du besvär första gången?  
 E. Hur ofta har du haft besvär?  
 F. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**4. Hörsel**

- A. Besväras du av öronsusningar, tinnitus, eller har du någon annan öronsjukdom? Ange vad.  
 B. Är du döv på något öra? Vilket?  
 C. Har du nedsatt hörsel på grund av något annat? Ange orsak.  
 D. När hade du besvär första gången?  
 E. Hur ofta har du haft besvär?  
 F. När hade du besvär senast?  
 G. Har din hörsel försämrats under de senaste 5 åren?  
 Besvara även fråga J och K.

**5. Har du skadat dig ...**

- A. Ange vilka besvär eller vilken skada du har.  
 B. Vilken typ av ersättning har du fått – invaliditetsersättning, handikapp ersättning eller livränta?  
 C. Vilken invaliditetsgrad har fastställts?  
 D. När inträffade skadan?  
 E. Är du besvärsfri? Om ja, sedan när?  
 Besvara även fråga J och K.

**6. Planerade läkarbesök**

- A. Vilken är orsaken till läkarbesöket/operationen?  
 B. När är läkarbesöket/operationen?  
 Besvara även fråga J och K.

**7. Besvär med ...**

- A. Har du eller har du haft ryggbesvär ange var, nacke, skuldra, bröstrygg, ländrygg, bäcken, svanskotor?  
 B. Har du eller har du haft diskbräck eller har du fått diagnosen försliitningsskada eller artros? Ange vad.  
 C. Har du eller har du haft muskel eller ledbesvär? (Exempelvis axlar, höfter eller knän). Ange vilka besvär, var och höger/vänster.  
 D. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 E. Vilken behandling får du eller har du fått, till exempel sjukgymnastik eller operation?  
 F. När hade du besvär första gången?  
 G. Hur ofta har du haft besvär?  
 H. När hade du besvär senast?  
 I. Ska du på kontroll? När?  
 Besvara även fråga J och K.

**8. Astma ...**

- A. Vilka besvär har du?  
 B. Vad utlöser dina besvär?  
 C. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för besvären?  
 Fortsätt med fråga D i nästa spalt.

- D. Om ja, hur ofta och med vilken/vilka mediciner?  
 E. När hade du besvär första gången?  
 F. Hur ofta har du haft besvär?  
 G. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**9. Psykiska besvär ...**

- A. Ange vad.  
 B. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 C. När hade du besvär första gången?  
 D. Hur ofta har du haft besvär?  
 E. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**10. Förhöjt blodtryck ...**

- A. Om du har eller har haft förhöjt blodtryck, ange ditt senaste blodtrycksvärde.  
 B. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för blodtrycket? Vilken/vilka?  
 C. Har du eller har du haft förhöjda blodfetter?  
 D. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för blodfetter? Vilken/vilka?  
 E. Om du har eller har haft förhöjda sockervärden eller diabetes, ange debutålder. Vilken behandling har du: kost, tablettmedicinering eller insulin?  
 F. Har du eller har du haft hjärt- och bröstsmärtor eller annan kärlsjukdom? Ange vad.  
 Besvara även fråga J och K.

**11. Sjukskrivning**

- A. Varför?  
 B. Vilken ordination eller behandling har du fått (exempel sjukgymnastik, medicinering, operation, strålbehandling)?  
 C. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 D. Sedan när är du besvärs- och symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**12. Övrigt**

- A. Vilken sjukdom, skada eller vilket/vilka men eller besvär har du sökt för?  
 B. Under vilken tid var du sjuk eller hade du besvär?  
 C. Vilken ordination, behandling har du fått (till exempel sjukgymnastik, medicinering, operation, strålbehandling, avgiftningar)? Ange namn på eventuell medicin.  
 D. Sedan när är du besvärs- och symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**13. Andra läkemedel/mediciner**

- A. Läkemedlets namn?  
 B. Orsak till medicineringen.  
 C. När började du ta medicinen?  
 D. Sedan när är du besvärs- eller symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**14. Övriga uppgifter**

- A. Har du fel på inre organ, fysiskt handikapp, psykiskt handikapp, sjukdom, besvär, kroppsfel? Ange vad.  
 B. Sedan hur länge har du haft detta?  
 Besvara även fråga J och K.

**Komplettering av fråga nr: \_\_\_\_\_  
(Var god texta)**

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?

K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:

**Komplettering av fråga nr: \_\_\_\_\_  
(Var god texta)**

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?

K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:

**Komplettering av fråga nr:**  
**(Var god texta)**

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?

K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykiatriavdelning, vårdcentralens namn och postort.  
För privat mottagning ange namn och adress:**Korrigerig av fråga/frågor**

Jag har korrigerat följande fråga/frågor

Nr

Namnteckning

**Övriga upplysningar**

Jag bifogar medicinsk information på separat papper där jag också skrivit min namnteckning och mitt personnummer.

**D****Underskrift**

Jag har tagit del av informationen "Varför behöver vi veta så mycket om din hälsa". De uppgifter som jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan återropas av mig. Länsförsäkringar kan komma att arkivera ansökningshandlingar, hälsodeklarationer och övriga inhämtade uppgifter oavsett om försäkringen beviljas eller inte.

Underskrift ska göras av den försäkrade. Är den försäkrade omyndig ska den som handlar på den omyndiges vägnar skriva under.

Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Ort och datum (ÅÅMMDD)

Namnteckning

Namnförtydligande

**Underskrift – samtycke till behandling av hälsouppgifter**

Jag samtycker till att Länsförsäkringar\* behandlar de uppgifter om min hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen: "**Behandling av personuppgifter**" som finns på Länsförsäkringars webbplats.

Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke, läs mer om detta på första sidan.

\*Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.

Ort och datum (ÅÅMMDD)

Namnteckning

Namnförtydligande

**Fylls i av Länsförsäkringar**

Livförs

I-förs

Sjukförs

Olycksfallsförs

Sjukvård

Datum

Fritext / Klausul / Anledning

Datum/signatur