

**ALLMÄNNA ÄNKE- OCH  
PUPILLKASSAN I SVERIGE****HÄLSODEKLARATION**

Personnummer	Efternamn och tilltalsnamn	Yrke/sysselsättning
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefon (dagtid)
Har du bott minst tre år stadigvarande i Sverige? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du inskriven i svensk försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Besvaras av icke svensk medborgare	Nationalitet?	Hur länge har du bott i Sverige?

**DEN FÖRSÄKRADE SKA PERSONLIGEN Fylla i UPPGIFTERNA OCH SVARA PÅ FRÅGORNANEDAN**

Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och symtom/ besvär samt all sjukskrivning mer än 14 dagar i följd liksom all vård, behandling, undersökning eller kontroll, även för psykiska eller nervösa besvär samt alkohol- eller narkotika problem, ska uppges. Detta gäller även för misstanke om HIV-smitta (AIDS-virus).

<b>1.</b> Längd i cm ..... Vikt i kg .....		
<b>2.</b> Röker du eller har du tidigare rökt?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja: -hur mycket röker du per dag?  Om du har slutat att röka, från vilket datum, år/månad?
<b>3.</b> Dricker du alkohol? (öl/cider, alkoholäsk (>3,5vol%), vin eller starksprit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange genomsnittligt antal glas/vecka (öl/cider/alkoläsk 30 cl/glas, vin 15 cl/glas, starksprit 4cl/glas) Antal glas/vecka?
<b>4.</b> Har du erhållit vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>5.</b> Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", typ av preparat?  Under vilken tid?  När senast?
<b>6.</b> Går du på hälsokontroller eller har du någon läkare eller annan vårdgivare du brukar anlita?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", anledning?  Resultat?  Läkarens, vårdgivarens namn och adress?
<b>7.</b> Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS virus)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", när? Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV smitta)

Personnummer	Signatur
--------------	----------

<b>8.</b> Har du symtom/besvär som du ännu inte sökt läkare eller annan vårdgivare för?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilka?
<b>9.</b> Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", anledning? Vilket/vilka läkemedel? Receptskrivande läkare?
<b>10.</b> Har du under de senaste fem åren varit sjuk skriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>11.</b> Har du sjuklön, sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning, tidsbegränsad eller vilande sjuk-/aktivitetsersättning, handikappersättning, rehabiliterings- eller annan liknande ersättning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilket? Orsak? Sedan när?
<b>12.</b> Har du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", vilket? Orsak? Sedan när?

**13. HAR DU ELLER HAR DU TIDIGARE HAFT:**

<b>a)</b> Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>b)</b> Blodpropp? Hjärnblödning? Kärtsjukdom? Åderbräck?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>c)</b> Förhöjt blodtryck? Vid "Ja" ange värde.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Blodtryck vid de 2 senaste mätningarna. När gjordes mätningarna?
<b>d)</b> Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>e)</b> Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottskörtel eller annat bukorgan? Hepatit (gulsot)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>f)</b> Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>g)</b> Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>h)</b> Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>i)</b> Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>j)</b> Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Personnummer	Signatur
--------------	----------

k) Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
l) Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
m) Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, krampanfall, förlamning, yrsel, svimningsanfall, etc.?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
n) Psykiska besvär, sömnrubbing, psykisk sjukdom, stressrelaterade symtom, neuropsykiatrisk sjukdom, utbrändhet etc?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
o) Ögonsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
p) Öronsjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
q) Hudsjukdom? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
r) Ämnesomsättningsrubbing, hormonell sjukdom eller struma?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
14. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

**OM DU SVARAT "JA" PÅ NÅGON AV FRÅGORNA 4 - 5 OCH 9 – 14, SKA DU LÄMNA KOMPLETTERANDE UPPLYSNINGAR ENLIGT FRÅGORNA A – H NEDAN.** Vid brist på utrymme, kan svar lämnas även på baksidan.

Mitt svar avser:	fråga nr ..... bokstav ..... (gäller fråga 13)	fråga nr .....bokstav .....(gäller fråga 13)
A) Vilken sjukdom, skada, symtom eller handikapp gäller det?		
B) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?		
C) När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?		
D) Under vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven p.g.a. angiven åkomma?		
E) Vilken läkare/ vårdgivare/ vårdinrättning har du anlitat?  Uppge läkarens/vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.		

Personnummer	Signatur
--------------	----------

<b>F)</b> Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)		
<b>G)</b> Är ytterligare kontroll planerad? Var? När?		
<b>H)</b> Är du numera helt återställd och utan besvär? Om "Ja", sedan när?  Om inte, vilka följder eller besvär kvarstår?		

#### FRÅGOR OM GENETISKT TEST OCH FAMILJEUPPLYSNING

Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser som uppges på informationsbladet, ska frågorna 15 och 16 besvaras.

<b>15.</b> Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", uppge resultatet
<b>16.</b> Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 65 års ålder?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" uppge vem, ålder samt dödsorsak

#### UNDERSKRIFT AV DEN FÖRSÄKRADE

De uppgifter jag lämnat på denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att de uppgifter Allmänna Änke- och Pupillkassan i Sverige erhåller om mitt hälsotillstånd får delges det återförsäkringsbolag Allmänna Änke- och Pupillkassan i Sverige anlitar. Vidare intygar jag att jag sedan minst tre år är stadigvarande bosatt i Sverige.

Ort och datum	Namnteckning och namnförtydligande
---------------	------------------------------------

## INFORMATION OM FRÅGOR ANGÅENDE GENETISK TEST OCH FAMILJEUPPLYSNING

### AVTAL

Ett avtal har träffats mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund som medför ett förbättrat skydd för den enskilde mot diskriminering på grund av det genetiska arvet då liv- och sjukförsäkringar tecknas. Avtalet avser inte barnförsäkring, tjänstegrupplivförsäkring eller avtalsgruppsjukförsäkring.

### DEFINITIONER

Med genetisk undersökning avses i avtalet:

- presymtomatisk genetisk undersökning (undersökning för att fastställa om en person har ett dominant ärftligt sjukdomsanlag som kommer att leda till sjukdom senare i livet)
- prediktiv genetisk undersökning (undersökning i syfte att granska friska människors arvsanlag för att beräkna sannolikheten av att en person kan komma att drabbas av sjukdom senare i livet)
- genetisk undersökning för att påvisa eller utesluta att en person bär anlag för en ärftlig sjukdom som visar sig först i senare generationer

Med familjeupplysningar avses information om förekomsten av ärftliga sjukdomar i släkten.

Avtalet omfattar samtliga genetiska undersökningsmetoder.

### ÅTAGANDET

Försäkringsförbundet har i avtalet åtagit sig att dess medlemsbolag inte inför krav på att den som söker en försäkring ska genomgå genetisk undersökning som förutsättning för att få teckna försäkring eller att utöka försäkringsavtal – oavsett belopp.

Vidare får inte resultat av redan utförd genetisk undersökning efterfrågas och ej heller om sådan undersökning utförts. Likaså får inte heller familjeupplysning efterfrågas.

Om något försäkringsbolag har kännedom om resultatet av utförd genetisk undersökning eller om familjeupplysning får bolaget inte använda sig av informationen.

### BEGRÄNSNING AV ÅTAGANDET

Åtagandet avser liv- och sjukförsäkringar där försäkringsersättning, som utbetalas som engångsbelopp, inte överstiger 30 prisbasbelopp, eller då försäkringen utbetalas periodiskt (efterlevandepension eller sjukförsäkring), högst 4 prisbasbelopp per år.

Prisbasbeloppet för år 2017 är 44 800 kr.

Med försäkringsbelopp avses totalt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i svenska försäkringsbolag.

Avtalet omfattar inte genetisk undersökning för att ställa sjukdomsdiagnos. I de fall en försäkringssökande har en konstaterad sjukdom eller misstänkt sjukdom gäller således inte ovan nämnda begränsningar för försäkringsbolaget.