



HÄLSODEKLARATION

Personnummer	Efternamn och tilltalsnamn	Yrke/sysselsättning
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefon (dagtid)
Har du varit bosatt i Sverige utan avbrott de senaste tre åren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du berättigad till ersättning från svensk försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

I hälsofrågorna som följer behöver du **inte** ta upp att du sökt vård för följande besvär:

- vanlig förkylning, bihåleinflammation, allergier, eksem
- okomplicerade infektioner som du tillfrisknat ifrån
- belastningsrelaterade led- och muskelbesvär, rygg- eller nackbesvär
- frakturer i ben, arm, fot eller andra led och benfrakturer orsakade av skada/olycksfall
- förslitningsskador i knä, höft, axlar eller andra leder
- graviditet, förlossning, tinnitus, hörsel- eller synnedläggning

1. Längd i cm Vikt i kg	
2. Är du rökare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3. Dricker du alkohol?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hur många glas per vecka dricker du?
4. 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 Om "Ja", vilken åkomma/sjukdom gäller det? Har du sökt vård för detta? Om "Ja", ange fullständig adress till den vårdgivare du anlitat.
5. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mellan vilka perioder/år/månad pågick det? Vilken typ av preparat har du använt? Har du sökt vård för detta? Om "Ja", ange fullständig vårdadress där du behandlades/fick vård.
6. Har du lämnat blodprov för HIV-test?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vad visade provresultatet? Om HIV påvisades, ange fullständig adress till den vårdgivare du har anlitat.
7. Har du eller har du tidigare haft: Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos? När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär? Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel) Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när? Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.

<p>8. Har du eller har du tidigare haft: Blodpropp? Hjärnblödning? Kärtsjukdom? Åderbräck?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>9. Har du eller har du tidigare haft: Förhöjt blodtryck eller förhöjda blodfetter?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Är ditt blodtryck inom normala gränser ($\leq 140/90$) med eller utan behandling?</p> <p>Om "Nej", ange dina senaste två blodtrycksvärden.</p> <p>Är dina blodfettvärden normaliserade med eller utan behandling?</p> <p>Har du eller har du tidigare haft: Äggvita, blod eller socker i urinen?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>10. Har du eller har du tidigare haft: Astma, luftvägsbesvär, lungsjukdom eller sömnapné?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>11. Har du eller har du tidigare haft: Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>

<p>12. Har du eller har du tidigare haft: Förhöjt blodsocker? Diabetes?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", Vilken typ av diabetes har du? Vilket år upptäcktes din diabetes? Om möjligt – uppge dina tre senaste HbA1c/IFCC-värden. Har du några diabeteskomplikationer? (Ex. ögonbottenförändring, äggvita i urinen, nedsatt känsel) Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>13. Har du eller har du tidigare haft: Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos? När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär? Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel) Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när? Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>14. Har du eller har du tidigare haft: Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabelsör?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos? När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär? Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel) Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när? Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>15. Har du eller har du tidigare haft: Reumatisk sjukdom, ledsjukdom eller annan autoimmun sjukdom?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos? När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär? Vilken behandling har du fått? (Ex. operation, uppge även eventuella läkemedel) Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när? Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>

<p>16. Har du eller har du tidigare haft:</p> <p>Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>17. Har du eller har du tidigare haft:</p> <p>Sjukdom i nervsystemet, ex. MS, epilepsi, krampanfall, polyneuropati, förlamning eller annan neurologisk åkomma?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>18. Har du eller har du tidigare haft:</p> <p>Psykiska besvär/sjukdom, stressrelaterade symtom, utbrändhet, neuropsykiatrisk sjukdom, etc.?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Har du varit sjukskriven? Om "Ja", vilka tidsperioder har du varit sjukskriven?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>19. Har du eller har du tidigare haft:</p> <p>Hudsjukdom, ex. psoriasis?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>

<p>20. Har du eller har du tidigare haft: Ämnesomsättningsrubbnig, ex. sköldkörtelrubbnig?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>22. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom/besvär/symtom än de som angivits ovan?</p> <p>Du behöver inte ange följande besvär/symtom: Vanlig förkylning, bihåleinflammation, allergier, eksem Okomplicerade infektioner som du tillfrisknat ifrån Belastningsrelaterade led- och muskelbesvär, rygg- eller nackbesvär Frakturer i ben, arm, fot eller andra led och benfrakturer orsakade av skada/olycksfall Förslitningsskador i knä, höft, axlar eller andra leder Graviditet, förlossning, tinnitus, hörsel- eller synnedsättning</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vad har läkaren kallat sjukdomen/besvären – diagnos?</p> <p>När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?</p> <p>Vilken behandling har du fått? (Uppge eventuell typ av behandling och även eventuella läkemedel)</p> <p>Är du helt återställd och symtomfri? Om "Ja", sedan när?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>
<p>21. Använder du något annat läkemedel än vad du uppgett i frågorna ovan (receptbelagt eller icke receptbelagt)?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", vilket/vilka läkemedel?</p> <p>Av vilken anledning?</p> <p>Vilken vårdgivare har du anlitat? Uppge vårdgivarens adress, sjukhus, klinik etc.</p>

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 23 och 24 besvaras.

<p>23. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja", uppgge resultatet</p>
<p>24. Har någon av dina föräldrar eller syskon avlidit före 65 års ålder?</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<p>Om "Ja" uppgge vem, ålder samt dödsorsak</p>

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 anlitat. Vidare intygar jag att jag har varit bosatt stadigvarande i Sverige sedan minst tre år.

<p>Ort och datum</p>	<p>Namnteckning och namnförtydligande</p>
----------------------	---

INFORMATION OM FRÅGOR ANGÅENDE GENETISK TEST OCH FAMILJUPPLYSNING

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 2022 är 48 300 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.