

HÄLSODEKLARATION - VUXEN

Utlandsplacerad personal
Hälsodeklaration för vuxna (fyllda 16 år) vid ansökan om personförsäkring.

Blanketten kan fyllas i direkt på din dator, men ska sedan skrivas ut och skickas till
Europeiska ERV, Box 1, 172 13 SUNDBYBERG alt e-posta till: hd@erv.se. Glöm inte att underteckna din hälsodeklaration.

Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras. Varje fråga skall besvaras.

Företagets namn	Organisationsnummer	Försäkringsnummer
E-postadress till företaget/kontaktperson	Stationeringsort	
Kontraktstid (start- och slutdatum)	Stationeringsland	
Kontraktсанställds namn	Kontraktсанställds personnummer (år, mån, dag, nr)	

Uppgifter på den som skall försäkras

Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer	Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/>
E-postadress	Medborgarskap

Längd i cm (utan skor)	Vikt i kg (utan kläder)	Röker du regelbundet Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Är du gravid Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kontrolleras eller behandlas du på gund av någon sjukdom, skada eller annat kroppsfel? Om Ja, vilken/vilka?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? Om Ja, vilken/vilka?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du något synfel? Om Ja: Art *		Ja <input type="checkbox"/> Ensidigt <input type="checkbox"/> Dubbelsidigt <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
*Vid närsynthet; Ange dioptriet vid minst 6 dioptrier på något av ögonen:		Hö	Vä
Har du något hörsselfel? Om Ja: Orsak		Ja <input type="checkbox"/> Hörapparat: Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du lämnat blod för HIV-test? Om Ja, när?		Ja <input type="checkbox"/> HIV-positiv <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> HIV-negativ <input type="checkbox"/>
Använder du något receptbelagt läkemedel? Om ja, vilken/vilka*? Anledning till användning Dosering *Vid blodtrycksmedicinering, ange aktuell blodtrycksnivå: /		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Uppbär du sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, arbetsskadelivränta eller av hälsoskäl fått anpassat arbete? Om Ja, av vilken anledning		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
		Till hur stor del %	

Har du under de senaste fem åren

vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, mödravårdcentral eller annan sjukvårdsinrättning **eller** varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? (Även undersökning i samband med graviditet skall anges).

Ja Nej

Om Ja, besvara nedanstående frågor i tillämpliga delar. En rad för varje sjukdom/skada/handikapp. Har du fler än fyra diagnoser och/eller behöver komplettera ytterligare kan du bifoga detta på separat dokument alternativt bifoga journalkopior.

Sjukdom/skada/handikapp 1:

Sjukdom/skada/handikapp 2:

Sjukdom/skada/handikapp 3:

Sjukdom/skada/handikapp 4:

Under vilka tider var Du sjuk?	Diagnos 1:
	Diagnos 2:
	Diagnos 3:
	Diagnos 4:

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Diagnos 1:
	Diagnos 2:
	Diagnos 3:
	Diagnos 4:

Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning anlitade du?	Diagnos 1:
	Diagnos 2:
	Diagnos 3:
	Diagnos 4:

Vilken behandling har du genomgått?	Diagnos 1:
	Diagnos 2:
	Diagnos 3:
	Diagnos 4:

Har du kvarstående men eller besvär?	Diagnos 1:
	Diagnos 2:
	Diagnos 3:
	Diagnos 4:

I händelse av skada där det framkommer att det fanns ett befintligt medicinskt tillstånd vid försäkringens tecknande, kan Europeiska ERV neka skadeersättning.

Underskrift av den som skall försäkras

De uppgifter som jag lämnat här ovan skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig eller medföra att rätten till ersättning sätts ned eller uteblir. Europeiska ERV är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen (GDPR) för behandling av personuppgifter. Jag samtycker till att Europeiska ERV kan komma att inhämta eller lämna ut mina hälsouppgifter till tredje part vid hantering av mitt skadeärende eller vid behov av hjälp vid min resa. Vidare samtycker jag till att Europeiska ERV sparar mina hälsouppgifter så länge det är nödvändigt enligt lag eller försäkringsvillkor.

Datum (år, mån, dag)	Telefon dagtid	Personnummer
Namnteckning		
Namnförtydligande		