

HÄLSODEKLARATION

Hälsoförklaring vid ansökan om försäkring

Uppgifter om resan

Försäkring	Avresedatum	Hemkomstdatum	Resmål
------------	-------------	---------------	--------

Uppgifter om den som skall försäkras.

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

Efternamn		Förnamn	
Kvinna <input type="checkbox"/>	Personnummer	Medborgarskap	
Man <input type="checkbox"/>			
Adress			
Postnummer		Postadress	
Telefon		E-mail	

Längd i cm (utan skor)	Vikt i kg (utan kläder)
Röker du regelbundet? Om Ja, hur mycket? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, _____ st/dag	
Kontrolleras eller behandlas du på gund av någon sjukdom, skada eller annat kroppsfel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, vilken, vilka? _____	
Har du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, vilken, vilka? _____	
Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet av minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptriet. Är du tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.	
Har du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, När? _____ Var? _____ Resultat? _____	
Använder du något receptbelagt läkemedel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, Vilken/vilka? _____ Dosering? _____ Anledning till användningen? _____	
Receptskrivande läkare (namn och adress) _____ Vid blodtrycksmedicinering, ange aktuella blodtrycksnivåer _____	
Uppbär du sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning eller arbetsskadelivränta? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, Vilken orsak? _____ Till hur stor del? _____	
Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ja, Vilken orsak? _____ Till hur stor del? _____	

Har du under de senaste fem åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, mödravårdcentral eller annan sjukvårdsinrättning, 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 **samt bifoga journalkopior.**

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?	Under vilka tider var sökanden sjuk?	När undersöktes, kontrollerades eller behandlades sökanden?	Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har anlitats?	Vilken behandling har sökanden genomgått?	Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?	Sedan när är sökanden symptomfri? Kvarstående men eller besvär?

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.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum (år, mån, dag)	Telefon dagtid
----------------------	----------------