

Hälsodeklaration

<input type="checkbox"/> Nyteckning	<input type="checkbox"/> Ändring	Försäkringsnr
Namn		Personnr
Adress	Postnr	Postort
Telefon	E-post	
Yrke/Sysselsättning	Företagets namn*	Organisationsnr

* Arbetsgivarens namn anges vid företagsägd försäkring

Viktigt!

Uppgifterna, som kommer att ligga till grund för försäkringsavtalet, ska lämnas personligen av den som ska försäkras. Alla frågor måste besvaras. Ingen egen värdering av uppgifternas betydelse får göras. All vård, behandling, undersökning, kontroll eller sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, även för psykiska eller nervösa besvär och alkohol- eller narkotikabesvär, ska uppges. Detta gäller även vid misstanke om HIV-smitta. **Observera att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir helt eller delvis ogiltig.**

1	Är du bosatt och folkbokförd i Sverige?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om du har svarat "Nej" kan du inte teckna försäkringen. Kontakta din försäkringsrådgivare eller Futur om du har frågor.	
2	Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Nej": Du kan eventuellt teckna en dödsfallsförsäkring. Du kan inte teckna premiebefrielseförsäkring eller sjukförsäkring. Kontakta din försäkringsrådgivare eller Futur för mer information.	
	* Du är fullt arbetsför om du utan inskränkning kan fullgöra ditt vanliga arbete på arbetsplatsen eller i hemmet. Du är inte fullt arbetsför om du har hel eller delvis sjuklön, sjukpenning, aktivitets- eller sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), skadelivränta, rehabiliteringsersättning, handikappersättning eller liknande ersättning eller om du av hälsoskäl har ett anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller en lönebidragsanställning.	
	Om "Nej", på vilket sätt?	
	Orsak?	Sedan när?
3	Längd i cm	Vikt i kg
4	Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Har du rökt tidigare?	<input type="checkbox"/> Ja, jag slutade röka år: <input type="checkbox"/> Nej
5	Har du lämnat blodprov för HIV-test?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", när?	Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)
6	Har du symtom/besvär men ännu inte sökt läkare eller annan vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", vilka?	
7A	Har du varit på hälsokontroll under de senaste 5 åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7B	Var anledningen till hälsokontrollen bakomliggande sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", vilken?	
7C	Var kontrollen utan anmärkning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Nej", vad blev resultatet? Specificera.	

Namn	Personnr
------	----------

Besvaras någon av frågorna 8–33 med "Ja" ska kompletterande uppgifter lämnas under pkt A-I.

8	Använder du något läkemedel? (receptbelagt eller icke receptbelagt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9	Kontrolleras eller behandlas du av läkare eller annan vårdpersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Har du eller har du tidigare haft något eller några av nedanstående tillstånd (10–30)?
OBS! Glöm inte att fylla i kompletterande upplysningar (pkt A-I) vid "Ja"-svar!**

10	Synnedsättning, ögonsjukdom eller ögonskada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", kryssa för applicerbara alternativ:	<input type="checkbox"/> Höger öga <input type="checkbox"/> Vänster öga
	<input type="checkbox"/> Närsynt: Mer än 8 dioptrier? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Pkt A-I behöver inte besvaras!	<input type="checkbox"/> Ögonsjukdom Besvara pkt A-I!
	<input type="checkbox"/> Synnedsättning annan än närsynthet och som inte är orsakad av sjukdom eller skada. Pkt A-I behöver inte besvaras!	<input type="checkbox"/> Ögonskada Besvara pkt A-I!
11	Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", kryssa för applicerbara alternativ:	<input type="checkbox"/> Höger öra <input type="checkbox"/> Vänster öra
	<input type="checkbox"/> Öronsjukdom Besvara pkt A-I! <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning Besvara pkt A-I! <input type="checkbox"/> Tinnitus Besvara pkt A-I!	
12	Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärta i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13	Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom? Åderbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14	Förhöjt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15	Astma, luftvägsbesvär, lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16	Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17	Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan? Hepatit (gulsot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18	Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19	Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20	Äggvita, blod eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21	Förhöjt blodsocker? Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22	Förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23	Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
24	Förlitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom? Bindvävssjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
25	Symtom/besvär från rygg, nacke, axlar, armar, ben, höfter, sätesområde, ischias eller diskbräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
26	Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
27	Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, krampanfall, förlamning? Yrsel, svimningsanfall? Migrän?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
28	Psykiska besvär, sömnrubning, psykisk sjukdom, stressrelaterade symtom, utbrändhet eller liknande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Namn	Personnr
------	----------

29	Ämnesomsättningsrubbing, hormonell sjukdom eller sköldkörtelsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
30	Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem (narkotika, dopingpreparat eller liknande, eller överkonsumtion av läkemedel)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
31	Har du något annat kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp än de som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
32	Har du under de senaste 5 åren undersökts, behandlats eller vårdats på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal (t.ex. sjukgymnast, naprapat, kiropraktor) för något annat än det du redan har uppgivit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
33	Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd för något annat än det du redan har uppgivit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om du har besvarat någon av frågorna 8–33 med "Ja" ska kompletterande uppgifter lämnas nedan. Ange endast en skada/sjukdom/typ av besvär per block.

Kompletterande uppgifter – Block 1

A	Vilken var anledningen till undersökningen, kontrollen eller behandlingen? Ange eventuell sjukdom (diagnos).		
B	När debuterade besvären, skadan eller sjukdomen?		
C	Är du besvärsfri?	<input type="checkbox"/> Ja	Sedan när? <input type="checkbox"/> Nej
D	Vilken typ av undersökning har du genomgått (röntgen, EKG, skopi etc)?		
E	Vilken typ av behandling har du, eller har du fått (läkemedel – ange vilket, operation, terapi, sjukgymnastik, strålning etc)?		
F	När kontrollerades, undersöktes eller behandlades du senast?		
G	Vad blev resultatet av kontrollen, undersökningen eller behandlingen? ("Utan anmärkning"? Om "anmärkning", specificera.)		
H	Vilken/vilka läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange namn, adress, sjukhus, klinik, avdelning.		
I	Om du har varit sjukskriven, ange perioder (år-månad), både hel- och deltid.		

Namn	Personnr
------	----------

Kompletterande uppgifter – Block 2

A	Vilken var anledningen till undersökningen, kontrollen eller behandlingen? Ange eventuell sjukdom (diagnos).		
B	När debuterade besvären, skadan eller sjukdomen?		
C	Är du besvärsfri?	<input type="checkbox"/> Ja	Sedan när? <input type="checkbox"/> Nej
D	Vilken typ av undersökning har du genomgått (röntgen, EKG, skopi etc)?		
E	Vilken typ av behandling har du, eller har du fått (läkemedel – ange vilket, operation, terapi, sjukgymnastik, strålning etc)?		
F	När kontrollerades, undersöktes eller behandlades du senast?		
G	Vad blev resultatet av kontrollen, undersökningen eller behandlingen? ("Utan anmärkning"? Om "anmärkning", specificera.)		
H	Vilken/vilka läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange namn, adress, sjukhus, klinik, avdelning.		
I	Om du har varit sjukskriven, ange perioder (år-månad), både hel- och deltid.		

Kompletterande uppgifter – Block 3

A	Vilken var anledningen till undersökningen, kontrollen eller behandlingen? Ange eventuell sjukdom (diagnos).		
B	När debuterade besvären, skadan eller sjukdomen?		
C	Är du besvärsfri?	<input type="checkbox"/> Ja	Sedan när? <input type="checkbox"/> Nej
D	Vilken typ av undersökning har du genomgått (röntgen, EKG, skopi etc)?		
E	Vilken typ av behandling har du, eller har du fått (läkemedel – ange vilket, operation, terapi, sjukgymnastik, strålning etc)?		
F	När kontrollerades, undersöktes eller behandlades du senast?		
G	Vad blev resultatet av kontrollen, undersökningen eller behandlingen? ("Utan anmärkning"? Om "anmärkning", specificera.)		
H	Vilken/vilka läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange namn, adress, sjukhus, klinik, avdelning.		
I	Om du har varit sjukskriven, ange perioder (år-månad), både hel- och deltid.		

Namn	Personnr
------	----------

Covid-19

34	Har du fått diagnosen Covid-19? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "Ja", när hade du senast symptom?
	Om "Ja", har du varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Ange vårdanstalt och ort.
	Om "Ja", har du några kvarvarande besvär efter din COVID-19 infektion eller har du fått diagnosen Post-COVID? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Ange vårdanstalt och ort.

Frågor om genetisk test och familjeupplysning (se även informationsbladet punkt D)

Dessa frågor ska endast besvaras av dig som fyllt 18 år med ett totalt försäkringskydd som vid engångsbelopp (t ex livförsäkring) överstiger 30 prisbasbelopp eller som vid periodisk utbetalning (t ex efterlevandepension, premiebefrielseförsäkring, sjukförsäkring) överstiger 4 prisbasbelopp per år.

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

Övriga upplysningar (eller fortsättning på kompletterande uppgifter)

--

Namn	Personnr
------	----------

Intygande, samtycke och underskrift

Intygande: Jag intyggar att uppgifterna i hälsodeklarationen är fullständiga och sanna och att jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig.

Härmed samtycker jag som försäkrad till att Futur behandlar uppgifter om min hälsa i syfte att tillhandahålla denna produkt i enlighet med informationen ovan. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Futur. Se närmare information och kontaktuppgifter på www.futur.se/gdpr.

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-----	-------	--------------	-------------------

Varför är det viktigt att du lämnar korrekta uppgifter om din hälsa?

För att vi ska kunna räkna fram en rättvis premie på våra försäkringar behöver du som försäkringssökande ibland lämna en hälsodeklaration. Exempel på sådana försäkringar är premiebefrielseförsäkring och sjukförsäkring där det är din eventuella framtida arbetsförmåga som försäkringen ersätter. En annan typ av försäkring är efterlevandepension eller familjepension som vid ditt dödsfall betalar ut en ersättning till dina efterlevande.

Det är viktigt att du som försäkringssökande lämnar så noggranna uppgifter om din hälsa som möjligt, både när du första gången ansöker om en försäkring och när du gör en ändring av din försäkring som kräver hälsodeklaration.

När du ansöker om försäkring eller ändrar din försäkring i vissa fall och när du söker ersättning från din försäkring kontrollerar vi att du har lämnat riktiga hälsouppgifter i din hälsodeklaration. Om du inte har lämnat riktiga uppgifter finns det risk för att försäkringen inte gäller fullt ut eller inte alls. Att lämna oriktiga uppgifter innebär alltså att du eller dina efterlevande riskerar att bli utan ersättning.

Det är därför viktigt att du:

<ul style="list-style-type: none"> • själv lämnar uppgifterna • besvarar alla frågor • inte glömmer att uppgifter tidigare uppgifter • inte utelämnar uppgifter som du tycker är känsliga • inte gör en egen värdering av uppgifternas betydelse 	<ul style="list-style-type: none"> • hellre ger för mycket information än för lite • kontaktar oss om du i efterhand kommer på att du har glömt uppgifter som skulle ha tagits upp • är medveten om att det är du själv som ansvarar för att uppgifterna är riktiga 	<ul style="list-style-type: none"> • är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen är helt eller delvis ogiltig <p>Tänk därför efter extra noga när du fyller i hälsodeklarationen!</p>
---	--	--

Information om frågor angående genetisk test och familjeupplysning

A. Lagen om genetisk integritet
Syftet med denna lag, som trädde i kraft den 1 juli 2006, är att värna om den enskilda människans integritet genom att ge den enskilde ett förbättrat skydd mot diskriminering på grund av det genetiska arvet. Lagen gäller bland annat användning av genetiska undersökningar och genetisk information men gäller endast för familjeupplysningar som framtagits inom hälso- och sjukvården. Lagen omfattar inte undersökningar i syfte att ställa sjukdomsdiagnos.

B. Definitioner
Genetisk undersökning: En undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning som syftar till att ge upplysning om en människas arvs massa genom olika analysmetoder eller genom att hämta in upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar.
Genetisk information: Information om resultatet av en genetisk undersökning. Information som endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd avses däremot inte.

C. Förbud
Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Ingen får utan stöd i lag i samband med avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Ingen får olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan.

D. Begränsning av förbudet inom försäkringsområdet
Ett försäkringsbolag får efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av riskbedömd personförsäkring om:
1. Den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som ett engångsbelopp överstiger 30 prisbasbelopp.
2. Den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid ett försäkringsfall skall utfalla som en periodisk ersättning överstiger fyra prisbasbelopp per år.

E. Kommentar
Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma bolag. Med sökta försäkringar avses också utökning av försäkringen.