

## Läkarutlåtande för ansökan om personförsäkring (inklusive hiv-test)

**OBS! ANSÖKAN KRÄVER ATT DU ÄVEN FYLLER I BLANKETTEN HÄLSODEKLARATION**

**Till försäkringssökanden** (med försäkringssökande avses i denna blankett den som ska försäkras)

- Innan läkarundersökningen ska du ha fyllt i och undertecknat Futurs hälsodeklaration.
- **Hälsodeklarationen får tidigast fyllas i 14 dagar innan läkarundersökningen.**
- Om du har möjlighet kan du ta med hälsodeklarationen till undersökningen och visa den för läkaren.

**Till undersökningsläkaren**

- Det är viktigt att alla frågor besvaras omsorgsfullt. Uppgifterna skall ligga till grund för aktuellt försäkringsavtal.
- Oriktig eller ofullständig uppgift från sökanden kan medföra att försäkringen blir ogiltig.
- Observera att inga uttalanden får göras till försäkringssökanden eller Futurs representant om vilken betydelse gjorda iakttagelser kan ha ur försäkringssynpunkt.
- Du och försäkringssökande får inte vara nära släkt eller stå i annat jävsgrundande förhållande till varandra.
- Arvodet för undersökningen ska betalas av sökanden vid undersökningstillfället. **Kvitto på betalningen ska bifogas till Futur i original.**
- Utlåtandet skall sändas direkt till: Futur, Riskbedömningen, Box 24012, 104 50 Stockholm.

**Personuppgifter** (försäkringssökande) – Skriv tydligt, texta gärna

Namn		Personnr		Försäkringsnr (vid ändring av befintlig försäkring)	
Bankkonto för återbetalning av avgift för läkarundersökningen	Bank	Clearingnr	Kontonr		

1	Hur har du övertygat dig om sökandens identitet?				
2	Känner du sökanden?		Sedan hur länge?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
3	Sökandens allmäntillstånd. Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp, inkl förståndshandikapp? (Vid skolios ange gradtal om denna uppgift är känd.)				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Beskrivning				
4	Längd (cm utan skor)	Vikt kg (utan kläder)	Vid BMI >30 ange midjemått.		
5	Visar den fysikaliska undersökningen någon sjuklig förändring i lungorna?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om du känner till resultatet av tidigare RTG-undersökning, ange detta.				
6	Hjärtats rytm och frekvens?		Hjärtljudens beskaffenhet (blåsljud, accent).		
	Finns tecken på hjärtinkompensation?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om du känner till resultatet av tidigare EKG- eller RTG-undersökningar, ange detta.				
	Beskrivning (inklusive övriga fynd du anser kunna tala för sjukdom eller icke normala förhållanden i hjärtat).				
	Anser du att organisk hjärtsjukdom föreligger?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7	EKG-undersökning i vila (minst tre extremitets- och tre bröstavledningar). EKG-undersökning utförs endast om bolaget anhållit om detta eller om du anser sådan undersökning vara motiverad. Bifoga i så fall EKG-remsan.				
	Resultat				

# Läkarutlåtande för ansökan om personförsäkring (inklusive hiv-test)



## Försäkringssökanden

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

<b>8</b>	Blodtryck, systoliskt och diastoliskt samt pulsfrekvens. (Vid blodtrycksstegring som misstänks vara tillfällig, görs förnyad undersökning efter en stunds viloläge eller någon dag senare. Vid blodtrycksstegring hos överviktig person med kraftiga överarmar görs ny mätning med användande av bred manschett).			
	Blodtryck syst mm Hg	Blodtryck diast mm Hg	Pulsfrekvens	
	Använder sökanden enligt egen uppgift blodtryckssänkande medicin?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Vilken	Dosering	Sedan hur länge	
	Känner du till resultatet av tidigare blodtrycksmätningar och eventuell blodtryckssänkande behandling?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Resultat			
<b>9</b>	Finns åderbräck eller annan sjukdom i det perifera kärlsystemet?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>10</b>	Urinundersökning (Vid misstanke på ortostatisk proteinuri bör även morgonurinen undersökas).			
	Protein?	Glukos?	Blod?	Bakterier?
	Beskrivning			
<b>11</b>	Finns lever- eller mjältförstoring eller andra sjukdomstecken från bukhålans organ? Bräck?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>12</b>	Finns anledning att misstänka sjukdomstillstånd i bröstkörtlarna, köns- eller underlivsorganen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>13</b>	Finns anmärkningsvärda synrubbingar och/eller tecken på progressiv ögonsjukdom? (Vid myopi av minst åtta dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>14</b>	Finns anmärkningsvärda hörselrubbingar?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>15</b>	Finns rubbningar i andra sinnesorgan?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>16</b>	Har huden sjukliga förändringar?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>17</b>	Finns svullna lymfkörtlar?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			
<b>18</b>	Finns sjukdomstecken från rygg, ben eller ledgångar? (Om ledsymtom förekommit under de senaste två åren, ange SR.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Beskrivning			

# Läkarutlåtande för ansökan om personförsäkring (inklusive hiv-test)



## Försäkringssökanden

Namn		Personnr
<b>19</b>	Finns anledning att misstänka sjukdom i nervsystemet? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>20</b>	Finns anledning att misstänka psykisk sjukdom? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>21</b>	Finns anledning att misstänka missbruk nu eller tidigare av alkohol, sömnmedel, narkotika eller dylikt? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>22</b>	Finns det några omständigheter eller symtom som kan kopplas till hiv-smitta, aids-relaterat tillstånd eller aids? (Beakta bl a tidigare hepatit B, syfilis eller annan könssjukdom, amöbadysenteri, upprepade infektioner av oklart slag, långvariga diarréer, kraftig vikt förlust, nattsvett, oförklarad feber, svullna lymfkörtlar, svampsjukdom, hud- och nagelförändringar). Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>23</b>	Resultat av hiv-test (ska ingå om inget annat anges)? Kopia av resultatet ska bifogas.	
<b>24</b>	Känner du i övrigt till något rörande sökanden som kan inverka vid bedömningen av dennes försäkringsansökan? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>25</b>	Sammanfattande bedömning av sökandens hälsotillstånd.	
<b>26</b>	Anser du att ytterligare undersökning är önskvärd? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>27</b>	Anser du sökanden för närvarande fullt frisk? Beskrivning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>28</b>	Hur stort är arvodet? (Obs! Skall betalas av sökanden vid undersökningstillfället.)	

## Underskrift av legitimerad läkare

Jag bekräftar härmed att jag själv har besvarat frågorna på sidorna 1-3 i detta utlåtande.		
Datum	Ort	Namnstämpel eller namnförtydligande
Underskrift		
Personnr		

## Futurs anteckningar

--