

Ansökan

<input type="checkbox"/> Nyteckning	Avtalsnummer
-------------------------------------	--------------

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Telefonnummer bostad	Telefonnummer dagtid (och ev. mobiltelefon)
E-post	
Arbetsgivare	Organisationsnummer

Försäkringsomfattning

Prisbasbelopp (Pbb) 2008: 41 000 kr	Årspremie		
Partner försäkringspaket	16-39 år 2 760 kr	40-54 år 3 972 kr	55-65 år 5 196 kr
<i>Innefattar:</i> Livförsäkring med barnskydd 10 Pbb Försäkringsbeloppet anger det högsta belopp som kan betalas ut vid dödsfall. Försäkringsbeloppet avtrappas med 5%-enheter per år från 55 års ålder.			
Olycksfallsförsäkring 30 Pbb Försäkringsbeloppet anger det högsta belopp som kan betalas ut vid invaliditet p.g.a. olycksfallsskada.	Önskad betalningsperiod		
Sjukvårdsförsäkring För försäkrad självrisk 500 kr/skadefall	<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal

Information

Euro Accident Health & Care Insurance kommer att behandla vissa personuppgifter. Uppgifterna används för att Euro Accident Health & Care Insurance ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Euro Accident Health & Care Insurance verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Euro Accident Health & Care Insurance eller de företag som Euro Accident Health & Care Insurance samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Euro Accident Health & Care Insurance rättar felaktiga uppgifter som rör dig.

Underskrift

Uppgifterna i denna ansökan/anmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Jag medger att

- läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident Health & Care Insurance de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident Health & Care Insurance anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden.
- försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident Health & Care Insurance anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Hälsodeklaration

HÄLSODEKLARATION ska fyllas i personligen av den som ansöker om försäkringen. Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför. Varje fråga ska besvaras. Om utrymmet inte räcker, var god fortsätt på separat papper.

Personuppgifter	
Namn Gruppmedlem	Personnummer
Namn Medförsäkrad	Personnummer

Hälsofrågor	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. Är du fullt arbetsför? (D.v.s. att du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan. Med ersättning avses sjuk- eller rehabiliteringsspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning eller utbetalning av mer än halv arbetsskadelivränta. Om du är beviljad vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete, anses du inte fullt arbetsför.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Längd och vikt	cm kg	cm kg
3. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar Ja på någon av frågorna nedan, vill vi ha kompletterande uppgifter på nästa sida. Har du under de tre senaste åren fått/sökt hjälp hos vårdgivare t. ex. sjukhus, vårdcentral eller behandlingshem, eller varit i kontakt med läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, naprapat eller kiropraktor med anledning av sjukdom, symptom eller skada som rör någon av nedanstående sjukdomar?		
4. Allergi, astma och /eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Hudbesvär/hudsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Struma och /eller annan ämnesomsättningsrubbnig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Ögonsjukdom, öronsjukdom och /eller tinnitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Besvär/sjukdom i rygg, nacke, axlar, skuldror, armar, höfter, ben, knän, fötter och/eller händer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Besvär/sjukdom i muskler och /eller leder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och /eller psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan, och/eller prostata	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/eller sjukdomar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 4-18	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Information till försäkringstagaren, den försäkrade och premiebetalaren

Så vitt jag/vi vet och tror, är den information som angivits i samband med det här underlag, antingen utav mig själv eller Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter och försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare och förmåntagare. Uppgifterna används för att Euro Accident ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Euro Accidents verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Euro Accident eller de företag som Euro Accident samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Euro Accident rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Personuppgiftsansvarig är Euro Accident Health & Care Insurance AB, Bäckgatan 16, 352 31 Växjö.

Jag vill inte få information från Euro Accident eller dess samarbetspartners rörande andra produkter.

Underskrift av den försäkrade

Uppgifterna i denna ansökan/anmälan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

Jag medger att

- läkare eller annan sjukvårdsperson

upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för medicinsk riskbedömning eller skadereglering, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan samt bedöma försäkringens giltighet i framtiden.

- försäkringsgivaren eller de företag som skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum	Underskrift gruppmedlem
Ort och datum	Underskrift medförsäkrad

Kompletterande uppgifter till fråga nr:	Avser	Gruppmedlem	Medförsäkrad
---	-------	-------------	--------------

Kompletterande uppgifter

1a) Namnge symptomen/sjukdomen. Diagnos?

1b) Beskriv besvären/symptomen med egna ord:

1c) Vad är orsaken till besvären/symptomen (t. ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterad)

2a) När debuterade symptomen/sjukdomen, skadan eller handikappet? År Månad Ja Nej

Har du tidigare haft liknande besvär? Ja Nej Om svaret är Ja, när hade du besvär?

Vilken behandling/undersökning har du genomgått?

2b) När behandlades du för de/den aktuella symptomen/sjukdomen eller skadan senast?

2c) Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? Ja Nej

Om svaret är Ja, av vilket slag?

3) Är du symptomfri? Ja Nej Om svaret är Ja, när blev du symptomfri? År Månad

Om du inte är symptomfri, vilka kvartstående men/besvär/symptom har du?

4) Ange namn och fullständig mottagningsadress till de vårdgivare som du anlitat under de senaste 3 åren: Orsak/diagnos? När anlitade du vårdgivaren senast? Datum:

5) Ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.

Fr. o m. t.o.m. Diagnos

Fr. o. m. t.o.m. Diagnos

Fr. o. m. t.o.m. Diagnos

6) Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:

Underskrift av den försäkrade

Ort och datum

Underskrift

Personnummer

Namnförtydligande