

HÄLSODEKLARATION

Hälsodeklaration vid ansökan om personförsäkring för utlandsstationerad personal.

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

Uppgifter om arbetsgivaren:

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Adress på stationeringsorten	Stationeringsland
Kontraktstid	Arbetsgivarens e-post
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefonnummer till kontaktperson
Kontraktсанställds namn	Kontraktсанställds personnummer

Personuppgifter om den som ska försäkras:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer dagtid
E-post	Medborgarskap
Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	Relation till kontraktсанställd

Lider du av, eller har du lidit av någon av följande:

No.	Sjukdom/besvär:	Ja	Nei
1a	Blodpropp		
1b	Bröstmärtor eller tryck över bröstet		
1c	Förhöjt blodtryck		
1d	Åderbrock		
1e	Kärlkramp		
1f	Andra hjärt- eller kärlsjukdomar		
2a	Återkommande bihåleinflammation eller halsinfektion		
2b	Bronkit eller förstörade lungor		
2c	Astma		
2d	Andnöd vid ansträngning eller om natten		
2e	Andra lung- eller andningsbesvär		
3a	Hösnuva eller näselfeber		
3b	Andra allergiska besvär		
4a	Gulsot, leverbesvär eller leversjukdom		
4b	Gallsten eller sjukdom i gallgång eller gallblåsa		
4c	Sjukdom i bukspottkörteln		
5a	Magsår eller sår i tolvfingertarmen		
5b	Mag- eller tarmkatarr		
5c	Blodblandade uppkastningar eller avföring		
5d	Andra mag- eller tarmbesvär		
6a	Besvär i njure, njurbäcken eller urinblåsa		
6b	Njursten eller sten i urinvägarna		
6c	Äggvita, blod eller socker i urinen		
6d	Andra besvär i njurar eller urinvägar		
7a	Blodbrist eller blodsjukdom		
7b	Mjält- eller lymfkörtelbesvär		
8a	Rygg- eller nackskott		

8b	Ischias, diskusprolaps eller andra ryggbesvär		
8c	Led-, muskel- eller skelettbefvär		
8d	Gikt- eller bindvävsbesvär		
9a	Förlamning eller rörelsebesvär i armar eller ben		
9b	Yrsel		
9c	Kramper, epilepsi		
9d	Migrän eller kraftig huvudvärk		
9e	Andra besvär med hjärna eller nervsystem		
10a	Struma, för hög eller för låg ämnesomsättning		
10b	Förhöjt kolesterolvärde		
10c	Diabetes		
10d	Cancer eller förstadie till cancer		
10e	Hudcancer eller borttagande av födelsemärke		
10g	Eksem, psoriasis eller andra hudbesvär		
11a	Nedsatt syn, närsynthet (om mer än -6)		
11b	Andra ögonsjukdomar		
11c	Nedsatt hörsel eller andra öronsjukdomar		
12a	Ängest, oro, sömnbesvär eller depression		
12b	Andra psykiska besvär		
13	Malaria, tuberculos eller annan långvarig infektion		
14	Sexuellt överförbar sjukdom		
15	Andra sjukdomar som inte nämnts ovan		
16	Har du på annat sätt kommit till skada och fått vård för denna skada?		
17a	Kvinnor: Underlivsbesvär eller besvär i bröstkörtlar		
17b	Kvinnor: Genomgår du eller har du genomgått hormonbehandling?		
18	Män: Vattenkastnings- eller prostatabesvär		

Om du svarat **ja** på någon av ovanstående frågor ska sjukdomen/besvären närmare beskrivas nedan. Om här inte finns tillräckligt med utrymme ombeds du fortsätta på separat papper. Papret ska märkas med ditt namn och undertecknas. Kom ihåg att bifoga detta papper när du lämnar in hälsodeklarationen.

No:	Diagnos	Tidpunkt	Varaktighet
	Behandling/medicin	Läkare/sjukhus	Kontaktuppgift läkare
No:	Diagnos	Tidpunkt	Varaktighet
	Behandling/medicin	Läkare/sjukhus	Kontaktuppgift läkare
No:	Diagnos	Tidpunkt	Varaktighet
	Behandling/medicin	Läkare/sjukhus	Kontaktuppgift läkare
No:	Diagnos	Tidpunkt	Varaktighet
	Behandling/medicin	Läkare/sjukhus	Kontaktuppgift läkare
No:	Diagnos	Tidpunkt	Varaktighet
	Behandling/medicin	Läkare/sjukhus	Kontaktuppgift läkare

Övriga uppgifter om den som ska försäkras:

Längd (cm)	Vikt (kg)
Röker du regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur många per dag?
Använder du något receptbelagt läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket/vilka?
Har du lämnat blodprov för HIV-test? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när, var och med vilket resultat?
Uppbär du sjuklön/-penning, sjuk-/garanti-/rehabiliterings-/aktivitetsersättning, rehabiliteringspenning eller arbetsskadelivränta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, av vilken orsak och till hur stor del (%)?
Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl ett anpassat arbete? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, av vilken orsak och till hur stor del (%)?

Gouda är personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen(GDPR) för behandling av personuppgifter. Genom undertecknande av denna hälsodeklaration samtycker jag till att Gouda behandlar uppgifter som är lämnade i och med denna hälsodeklaration för att avgöra ansökan om försäkring. Du kan läsa mer om hur vi behandlar dina personuppgifter på vår hemsida, www.gouda-rf.se.

I tillägg till ovan samtycker jag även genom undertecknandet, till att Gouda om det är nödvändigt för att avgöra ansökan om försäkring, inhämtar hälsouppgifter från:

- behandlande vårdgivare eller sjukvårdsinrättningar som finns angivna i denna hälsodeklaration

Om du inte samtycker till ovan kan vi inte behandla ansökan om försäkring och därav inte ingå ett försäkringsavtal med dig. Samtycket gäller från undertecknandet och upphör när Gouda tagit beslut i ärendet, såvida inte samtycket dessförinnan har återkallats.

Samtycket kan återkallas genom att jag kontaktar Gouda.

Underskrift:

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som jag lämnat här ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus, sjukvårdsinrättning, försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Gouda de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som Gouda anser sig behöva för att handlägga nu aktuell ansökan om försäkring eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden.

Underskrift:

Ort och datum
Namnsteckning