

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:
Kontraktanställds namn:	Kontraktanställds 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 kontraktanställd:

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

No.:	Sjukdom/besvär:	Nej/Ja:
1a	Blodpropp	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1b	Bröstsmärtor eller tryck över bröstet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1c	Förhöjt blodtryck	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1d	Åderbrock	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1e	Kärlkramp	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1f	Andra hjärt- eller kärlsjukdomar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2a	Återkommande bihåleinflammation eller halsinfektion	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2b	Bronkit eller förstörade lungor	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2c	Astma	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2d	Andnöd vid ansträngning eller om natten	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2e	Andra lung- eller andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3a	Hösnuva eller nässelfeber	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3b	Andra allergiska besvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

No.:	Sjukdom/besvär:	Nej/Ja:
4a	Gulsot, leverbesvär eller leversjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4b	Gallsten eller sjukdom i gallgång eller gallblåsa	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4c	Sjukdom i bukspottkörteln	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5a	Magsår eller sår i tolvfingertarmen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5b	Mag- eller tarmkatarr	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5c	Blodblandade uppkastningar eller avföring	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5d	Andra mag- eller tarmbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6a	Besvär i njure, njurbäcken eller urinblåsa	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6b	Njursten eller sten i urinvägarna	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6c	Äggvita, blod eller socker i urinen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6d	Andra besvär i njurar eller urinvägar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7a	Blodbrist eller blodsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7b	Mjält- eller lymfkörtelbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

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

No.:	Sjukdom/besvär:	Nej/Ja:
8a	Rygg- eller nackskott	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8b	Ischias, diskusprolaps eller andra ryggbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8c	Led-, muskel- eller skelettbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
8d	Gikt- eller bindvävsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9a	Förlamning eller rörelsebesvär i armar eller ben	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9b	Yrsel	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9c	Kramper, epilepsi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9d	Migrän eller kraftig huvudvärk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9e	Andra besvär med hjärna eller nervsystem	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10a	Struma, för hög eller för låg ämnesomsättning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10b	Förhöjt kolesterolvärde	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10c	Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10d	Cancer eller förstadie till cancer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10e	Hudcancer eller borttagande av födelsemärke	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

No.:	Sjukdom/besvär:	Nej/Ja:
10g	Eksem, psoriasis eller andra hudbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11a	Nedsatt syn, närsynthet (om mer än -6)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11b	Andra ögonsjukdomar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11c	Nedsatt hörsel eller andra öronsjukdomar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12a	Ångest, oro, sömnbesvär eller depression	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12b	Andra psykiska besvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
13	Malaria, tuberculos eller annan långvarig infektion	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14	Sexuellt överförbar sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
15	Andra sjukdomar som inte nämnts ovan	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
16	Har du på annat sätt kommit till skada och fått vård för denna skada?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17a	Kvinnor: Underlivsbesvär eller besvär i bröstkörtlar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17b	Kvinnor: Genomgår du eller har du genomgått hormonbehandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
18	Män: Vattenkastnings- eller prostatabesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

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

Information om Personuppgiftslagen (PuL):

Gouda är ansvarig enligt Personuppgiftslagen (PuL) för behandling av dina personuppgifter. Gouda behandlar dina personuppgifter på det sätt som PuL föreskriver. Du har rätt att skriftligen få ut information om vilka personuppgifter Gouda har om dig. Du har även rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter och ifrånsäga dig direktreklam.

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 sjukvårds-personal, 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:	Namnteckning:
----------------	---------------