



## Läs detta innan du fyller i din hälsodeklaration!

Kanske undrar du varför du behöver svara på alla frågor i hälsodeklarationen, och vad vi använder informationen till?

Kort sagt handlar det om att få rätt försäkringsskydd – som ger dig rätt ersättning till rätt pris. Informationen gäller även när du vill ändra en försäkring du redan har tecknat.

### Lämna fullständig information

När du fyller i hälsodeklarationen är det mycket viktigt att du lämnar så fullständig information som möjligt.

- Tänk på att besvara alla frågorna.
- Svara så korrekt du kan och utelämna inte någonting, berätta hellre för mycket än för lite.
- Det är du själv som ansvarar för att hälsodeklarationen är fullständig och korrekt ifylld.

### Så får du rätt försäkringsskydd

De uppgifter du lämnar när du söker försäkringen ligger till grund för din försäkring och för den ersättning vi betalar ut om skada\* inträffar. Om du lämnat ofullständig eller oriktig information i hälsodeklarationen riskerar du att få nedsatt ersättning eller, i värsta fall, att bli helt utan ersättning från din försäkring.

### Så får du rätt pris

För att bestämma hur mycket du ska betala för din försäkring gör vi en bedömning av risken att du ska behöva sjukvård, bli sjukskriven eller avlida. Vi grundar vår bedömning bland annat på de uppgifter du lämnar i din hälsodeklaration. Har du mindre god hälsa kan det leda till att du får betala ett något högre pris för din försäkring.

Ibland gör vi bedömningen att sjukdomar eller besvär/åkommor behöver undantas i försäkringsskyddet, så kallade förbehåll eller klausuler. Då behöver du inte betala ett högre pris för din försäkring, men får ingen ersättning om du får besvär av det som undantaget avser. Ibland kan ett undantag och ett högre pris kombineras.

\* Med skada menar vi i detta fall sjukdom, olycksfall eller dödsfall.

### Detta händer med din ansökan

När du har besvarat frågorna i hälsodeklarationen skickar du den till oss.

Om du har fyllt i något som vi bedömer kan ha betydelse för försäkringen tar vi ställning till om vi måste begära in kompletterande upplysningar från dig eller någon annan exempelvis läkare, sjukhus eller försäkringskassa. Det kan då bli aktuellt att be dig att underteckna en särskild fullmakt som ger försäkringsbolaget möjlighet att hämta in sådana uppgifter. En sådan fullmakt upphör att gälla då vi tagit slutgiltig ställning till din ansökan. I vissa fall vill vi att du går till en läkare och gör en undersökning. All hantering av hälsodeklarationen och kompletterande handlingar sker självklart under sekretess.

När vi gjort vår bedömning meddelar vi dig om du får en försäkring utan förbehåll och utan ett högre pris eller en försäkring med förbehåll och/eller ett högre pris. I vissa fall kan vi tyvärr inte erbjuda någon försäkring alls.

### Om någonting händer dig som försäkrad

Skada\* ska anmälas till oss så snart som möjligt. Vi behöver då veta vad som hänt och hämtar därför upplysningar från till exempel läkare, sjukhus eller försäkringskassa. Upplysningarna jämförs med de uppgifter du lämnade i din hälsodeklaration när du sökte försäkringen. Därför är det mycket viktigt att du lämnar korrekta och fullständiga uppgifter i hälsodeklarationen när du ansöker om en försäkring eller vill ändra en försäkring du redan tecknat.

### Om du har frågor

Om du har frågor om hälsodeklarationen eller om du undrar över något annat som rör din försäkring är du alltid välkommen att kontakta din försäkringsrådgivare, försäkringsförmedlare eller vår Kundcenter på telefon 077-11 11 800.



Hälsodeklarationen kan – om du så önskar – skickas direkt till:  
SEB, Pension & Försäkring, Riskbedömning, ST M5, 106 40 Stockholm

Försäkringsnummer

Observera! Endast ett försäkringsnummer per blankett.

Försäkrad

Namn

Personnummer

Det är mycket viktigt att du besvarar nedanstående frågor sanningsenligt

1 Omfattas du av förmåner vid sjukdom eller arbetsskada enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110)?  
Detta innebär att du är berättigad till ersättning från Försäkringskassan avseende t.ex. sjukpenning och ersättning vid arbetsskada.  Nej  Ja

2 Är du folkbokförd i Sverige?  Nej  Ja

3 Besvaras av icke svensk medborgare.  Nej  Ja

Nationalitet

Bosatt i Sverige?

Om "Ja", sedan när? Uppge år och månad:

4 Hur lång är du och hur mycket väger du? Uppge din längd i cm Uppge din vikt i kg

5 Röker du?  Nej  Ja

Om "Ja", hur mycket per dag?

Jag har rökt men slutat år:

6 Använder du något receptbelagt eller receptfritt läkemedel/medicin?  Nej  Ja

Har du under de senaste 5 åren

7 Kontrollerats, undersökts eller behandlats på sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitad läkare, annan sjukvårdspersonal, psykolog, psykoterapeut, kiropraktor, naprapat eller liknande?  Nej  Ja

8 Varit sjukskriven eller arbetsoförmögen helt eller delvis mer än 14 dagar i följd?  Nej  Ja

9 Haft sjuklön, sjukpenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, handikappersättning, liknande ersättning eller har du av hälsoskäl särskilt anpassat arbete alternativt lönebidragsanställning?  Nej  Ja

Även sådan ersättning enligt ovan som förklarats vilande ska uppges.

Om "Ja": Vilken/Vilket?

Sedan när?

Anledning

Har du nu eller har du tidigare haft (oavsett när)

10 Besvär/förlitning/skada eller funktionsnedsättning i leder eller muskler?  Nej  Ja

Nacke  Bröstrygg  Ländrygg  Höft  Knä  Annat, uppges vad:

11 Psykiska besvär, sömnlöshet, psykisk sjukdom, utbrändhet eller stress?  Nej  Ja  
Eller symtom som kan tyda på detta?

12 Någon sjukdom, skada eller kroppsfel?  Nej  Ja

Även synfel på mer än 8 dioptrier, hörsselfel (inkl. tinnitus) samt alkohol-, narkotika- eller andra missbruksproblem ska föranleda ett "Ja" och kompletteras på nästa sida.

13 Symtom eller besvär som kan tyda på sjukdom, skada eller kroppsfel?  Nej  Ja

Även avvikande resultat av undersökning och provtagning ska föranleda ett "Ja" och kompletteras på nästa sida.



Din hälsodeklaration ska undertecknas på sidan 4.

Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna 6 - 13 besvara även följdfrågorna på sidan 2.

Fortsättning nästa sida

## Försäkrad

Namn

Personnummer

Följdfrågor till frågorna 6-13. Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna 6-13 lämna kompletterande upplysningar nedan

Mitt svar avser fråga:	nummer		nummer		nummer	
Uppge sjukdom, skada, handikapp eller symtom.						
Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida.						
När började sjukdomen/besvären?	År	Månad	År	Månad	År	Månad
Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven?						
Vilken sjukvårdsinrättning/läkare har du anlitat?						
Uppge namn och adress till sjukhus, klinik, avdelning etc. samt ev. läkarens namn.						
Vilken vård/ behandling har du fått? Uppge operation, strålbehandling, medicinering etc.						
Uppge vilket/vilka läkemedel, dosering samt receptskrivande läkare.						
Ska du på kontroll igen? Om Ja, när?						
Om du är helt återställd och utan besvär, uppges sedan när.	År	Månad	År	Månad	År	Månad
Om du inte är helt återställd och utan besvär, vilka besvär eller symtom kvarstår?						
Övriga upplysningar.						

Fortsättning nästa sida

Namn

Personnummer

Försäkringsnummer

## Kompletterande frågor

	Vid Ja, när? År mån		Var på kroppen?	Höger/vänster	Vilken behandling fick du?	Besvärstyp?		Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
	Ja	Nej				Ja	Nej		
14. Har du nu eller har du tidigare haft (oavsett när):									
skelettfraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
besvär från leder eller muskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
bräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Har du nu eller har du tidigare haft (oavsett när):			Var?		Vilken behandling fick du?			Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
diskbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> bröstrygg	<input type="checkbox"/> ländrygg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
skada/besvär i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> bröstrygg	<input type="checkbox"/> ländrygg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Har du nu eller har du tidigare haft (oavsett när):			Hur många?		Vilken behandling fick du?			Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
hjärnskakning/skalltrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
hjärnblödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Har du varit frånvarande från match eller träning mer än 7 dagar i följd p.g.a. medicinska besvär?			Av vilken anledning?	Höger/vänster	När återgick du i matchspel? År månad dag			Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. Har du någon gång blivit opererad/artroscoperad?			Var på kroppen?	Höger/vänster	Vilken behandling fick du?			Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. Har du genomgått röntgen/MR under de senaste 12 månaderna?				Hö <input type="checkbox"/> Vå <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kompletterande frågor forts.

18. Har du någon gång haft en skada mot:	Vid Ja, när? År mån		Besvärstid?		Vid Ja, när? År mån	Vid Nej, vilka besvär kvarstår?
	Ja	Nej	Ja	Nej		
axel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
överarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
armbåge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
handled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
hand/fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
höft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
lumske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
underben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
fotled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
fot/tår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



Upplysningar som kan vara av värde för vår bedömning lämnar du på sidan för kompletterande frågor till hälsodeklaration och frågeformulär. Vänligen kontrollera att du har besvarat samtliga frågor.

Hälsodeklarationen ska inkomma till oss inom en månad från underskriftsdatum.

Underskrift av försäkrad

Jag har i samband med köp eller ändring av försäkring tagit del av information om betydelsen av att jag lämnar fullständig och sanningensliga uppgifter i min hälsodeklaration.

Jag är medveten om att de uppgifter jag har lämnat i denna hälsodeklaration ska ligga till grund för försäkringsavtalet, samt att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig.

Jag är medveten om att min arbetsgivare kan komma att få ta del av eventuella medicinska förbehåll inskränkningar avseende försäkringar ägda av min arbetsgivare (avser ej vårdförsäkring)

Inhämtad information kommer att arkiveras hos försäkringsbolaget, oavsett om försäkring beviljas eller inte.

Datum	Namn	Namn	Namn
	Namn	Namn	Namn
Telefonnummer dagtid (inkl. riktnr)	Mobilnummer	E-postadress	

Namn	Personnummer	Försäkringsnummer
Kompletterande uppgifter/anteckningar		
Underskrift av försäkrad		
Kompletterande uppgifter till min hälsodeklaration och frågeformulär är fullständiga och riktiga.		
Datum	Namnteckning	Namnförtygligande