

## Steg 1. Fyll i försäkringsbelopp för de försäkringar du ansöker om:

Försäkring	Försäkringsbelopp, SEK
Livförsäkring	
Sjuk- och olycksfallsförsäkring	
Försäkring	Försäkringsbelopp SEK/mån
Sjukinkomstförsäkring	

### Ange försäkring och belopp

Kryssa för de försäkringar du valt och ange försäkringsbelopp i matrisen. Ansöker du om Sjukinkomstförsäkring fyller du i det ersättningsbelopp per månad som du valt.

## A. Hälsodeklaration

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:	
1. Ange ditt yrke och yrkesområde:			
2. Ange din längd i cm:		3. Ange din vikt i kg:	
4. Är du inskriven i svensk allmän försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		5. Är du folkbokförd i Sverige? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
6. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att du inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra ditt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej*
7. Har du eller har du haft någon sjukdom, skada, fysiska eller psykiska besvär, fel på inre organ eller annat kroppsfel? (Syn- och hörsselfel ska även anges)			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
8. Har du under de senaste fem åren varit helt eller delvis sjukskriven eller arbetsoförmögen i mer än 30 dagar i följd?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
9. Har du under de senaste fem åren vårdats, undersökts eller behandlats eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal (hit räknas även psykolog, kiropraktor, psykoterapeut, naprapat eller liknande)?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
10. Har du inom det senaste året använt eller erhållit recept för något receptbelagt läkemedel eller använder du något receptfritt läkemedel? Ange i så fall läkemedlets namn, dosering, syfte och receptskrivande läkare.			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
11. Har du tidigare behandlats eller undersökts för hjärt-/kärlsjukdom, rygg-/ledbesvär, tumörsjukdom, endokrin sjukdom, njursjukdom, neurologisk sjukdom, psykiska besvär, problem med alkohol, narkotika, läkemedel, andra berusningsmedel eller anabola steroider?			<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
12. Röker du eller har du varit rökare inom det senaste året? Om "Ja" ange hur mycket, t ex antal cigaretter:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Har du testats för HIV-virus? (Om "Ja" lämna uppgifter nedan.)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
När:	Var:	Provresultat:	
		<input type="checkbox"/> Negativt (ingen HIV-smitta)	<input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)

**B. Komplettering av svar i hälsodeklarationen** \*Här lämnar du uppgifter om du har besvarat fråga A 6 nekande eller någon av frågorna A 7 – A 11 jakande. Om du svarat ”Ja” på flera frågor och det berör samma besvär/ anledning, var god ange samtliga frågenummer i aktuell kolumn. Om du behöver mer utrymme kan du använda ett extra papper.

Fråga under avsnitt A	Nr:	Nr:	Nr:	Nr:	Nr:	Nr:	Nr:	Nr:
Besvär / anledning (beskriv alla besvär utförligt)								
Besvärdebut								
Sjukskrivningsperiod	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m	fr o m  t o m
Namn på uppsökta vårdinstanser								
Läkarnamn								
Behandling								
Läkemedel med eller utan recept								
Resultat								
Antal vårdbesök								
Är du fullt återställd och helt besvärslös?	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sedan när:  <input type="checkbox"/> Nej

**C. Underskrift**

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna hälsodeklaration är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig så kan försäkringen bli ogiltig eller så kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras. Jag samtycker till att försäkringsgivaren Movestic får utföra all behandling och registrering av mina personuppgifter som behövs för att behandla min ansökan, administrera beviljade försäkringar och sammanställa statistik. Personuppgifterna får lämnas till Movestic:s samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitat.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Underskrift

Alla handlingar skickas till: Vardia Försäkring, Box 38, 971 02 Luleå, Fax: 0920-144 77.