

ANSÖKAN OLYCKSFALL PLUS MED SJUKFÖRSÄKRING



Den här försäkringen kan tecknas från 18 år och längst upp till 55 år. Försäkringen kan tecknas för person som är folkbokförd och stadigvarande bosatt i Sverige.

Ny försäkring

Höjning av försäkringsbelopp

Omprövning

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRAD

Efternamn och tilltalsnamn		Personnr
Utdelningsadress	Postnr	Postort
Mobilnr / telefonnr dagtid	E-postadress	
Har försäkrad motsvarande försäkring i annat försäkringsbolag, vilket?		Från när ska försäkringen gälla? * <input type="checkbox"/> Snarast
Fylls i av försäkringsbolaget, försäkringsnr, ombudsnr	Bolagsnr	* Observera! Om försäkrad redan har motsvarande försäkring hos annat försäkringsbolag, bör den inte sägas upp förrän denna ansökan är behandlad och godkänd av oss.

VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP

10 pbb

20 pbb

30 pbb

BETALAS VIA BANKGIRO

Helår

Halvår

BETALAS VIA AUTOGIRO

Helår

Halvår

Månad

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

VI BEHÖVER UPPGIFTER OM DIN HÄLSA

För att du ska kunna köpa en försäkring behöver du fylla i en ansökan med uppgifter om din hälsa. Vi behöver informationen för att kunna erbjuda dig ett så bra försäkringsskydd som möjligt utifrån dina förutsättningar. Vi gör alltid en individuell bedömning.

Du kan inte få ersättning för en sjukdom eller skada du redan har när du ansöker om försäkring. Vi kan oftast erbjuda dig försäkring med undantag (klausul) för den sjukdomen eller skadan som du redan har alternativt erbjuda försäkring till ett högre pris. Kan vi inte bevilja den försäkring du önskar erbjuder vi en försäkring med så bra försäkringsskydd som möjligt.

Det är viktigt att du svarar på alla frågor i ansökan. Det är bättre att du fyller i för mycket än för lite. Ta även med alla detaljer eftersom det kan hjälpa oss att göra en bättre bedömning av din hälsa. Det är när du lämnat fullständiga uppgifter som vi kan ge dig rätt försäkring till rätt pris. Om du lämnar ofullständiga eller oriktiga uppgifter kan din ersättning minskas eller helt utebli vid en skada.

Skicka ansökan till oss så snart som möjligt, vi behöver din ansökan senast 14 dagar efter att du har skrivit under den. Skulle vi behöva ytterligare uppgifter hör vi av oss till dig. I vissa fall kan vi behöva få tillgång till journaluppgifter från din vårdgivare men då behöver du ge oss tillåtelse till det genom att skriva på en fullmakt. Informationen om din hälsa behandlar vi i enlighet med dataskyddsförordningen och med hänsyn till den personliga integriteten.

Vill du veta mer om varför vi behöver uppgifter om din hälsa kan du läsa mer här https://www.svenskforsakring.se/globalassets/faktablad/vuxen_2018.pdf

H	<p>Har du synnedsättning, ögonsjukdom eller ögonskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om "Ja", uppge vilken sjukdom/skada eller felets art samt vilket öga.</p> <p>Vid närsynthet ange dioptriet vid minus 8 dioptrier eller mer. Om du är osäker – bifoga senaste glasögonreceptet.</p> <p><input type="checkbox"/> Närsynt</p> <p><input type="checkbox"/> Skada, ange vilken</p> <p><input type="checkbox"/> Sjukdom, ange vilken</p> <p>Vilket öga gäller det? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster</p>
I	<p>Har du hörselnedsättning, öronsjukdom, hörselskada eller tinnitus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om "Ja": Vad/vilket?</p> <p>Vilket öra gäller det? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster</p>
J	<p>Använder du något läkemedel, receptbelagt eller icke receptbelagt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om "Ja": Vilket/vilka preparat?</p> <p>Anledning?</p>
K	<p>Har du skadat dig så att du har fått bestående besvär eller tvingats till amputation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
L	<p>Har du använt narkotika, dopningspreparat eller liknande eller överkonsumerat läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om "Ja": Vilket/vilka preparat?</p> <p>Under vilken/vilka perioder?</p> <p>När senast?</p>

HAR DU ELLER HAR DU TIDIGARE HAFT:

1	Förhöjt blodtryck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2	Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärta i bröstet? Benvullnad? Hjärtklappning eller oregelbunden hjärtverksamhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3	Kärlsjukdom? Blodpropp? Stroke (blödning eller propp i hjärnan)? Åderbräck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4	Förhöjda blodfetter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5	Förhöjda blodsockervärden eller diabetes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6	Psykiska besvär/sjukdom? Sömnrubning? Utbrändhet? Utmattningssyndrom? Stressrelaterad problematik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7	Andningsuppehåll vid snarkning/sömnapné? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8	Symtom/besvär från rygg, nacke, axlar, armar, ben, knä, höfter, ischias, diskbräck eller i övrigt haft besvär från muskler och leder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9	Sjukdom, förlitning eller funktionsnedsättning i muskler eller leder? Reumatisk sjukdom? Bindvävssjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10	Astma? Luftvägsbesvär? Lungsjukdom? Allergiska besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

11	Hudsjukdom? Eksem? Psoriasis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12	Sjukdom/besvär i mage, tarmar, lever eller bukorgan? Hepatit (gulsot)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13	Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14	Sjukdom/symtom från njurar och/eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15	Neurologisk sjukdom? Epilepsi? Krampsjukdom? MS? Yrsel? Svimningsanfall? Migrän?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16	Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17	Ämnesomsättningsrubbnig? Hormonell sjukdom? Sköldkörtelsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18	Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19	Har du under de senaste fem åren undersökts, behandlats eller vårdats på sjukhus eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal (t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog) för annat än det som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20	Har du eller misstänker du, utöver vad du redan uppgivit, något fel på inre organ, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, och sjukdom, besvär eller annat kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

KOMPLETTERANDE UPPLYSNINGAR

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna G – K eller fråga 1 – 20 ska kompletterande uppgifter lämnas nedan.

Ange vilken fråga det gäller och besvara därefter följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada, symtom/besvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?	
Har du varit sjukskriven för angiven åkomma? I så fall i vilken omfattning (t ex heltids- eller halvtidsjukskrivning) och under vilka perioder?	
Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress.	
Vad har du fått för vård och behandling (t ex operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik etc)?	
Är ytterligare behandling/vård/kontroller planerad? Om "Ja" av vilket slag? När? Var?	
Är du helt återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte – ange vilka besvär, symtom eller följder du har.	

KOMPLETTERANDE UPPLYSNINGAR

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna G – K eller fråga 1 – 20 ska kompletterande uppgifter lämnas nedan.

Ange vilken fråga det gäller och besvara därefter följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada, symtom/besvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?	
Har du varit sjukskriven för angiven åkomma? I så fall i vilken omfattning (t ex heltids- eller halvtidsjukskrivning) och under vilka perioder?	
Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress.	
Vad har du fått för vård och behandling (t ex operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik etc)?	
Är ytterligare behandling/vård/kontroller planerad? Om "Ja" av vilket slag? När? Var?	
Är du återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte – ange vilka besvär, symtom eller följder du har.	

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada, symtom/besvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?	
Har du varit sjukskriven för angiven åkomma? I så fall i vilken omfattning (t ex heltids- eller halvtidsjukskrivning) och under vilka perioder?	
Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress.	
Vad har du fått för vård och behandling (t ex operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik etc)?	
Är ytterligare behandling/vård/kontroller planerad? Om "Ja" av vilket slag? När? Var?	
Är du återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte – ange vilka besvär, symtom eller följder du har.	

KOMPLETTERANDE UPPLYSNINGAR

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna G – K eller fråga 1 – 20 ska kompletterande uppgifter lämnas nedan.

Ange vilken fråga det gäller och besvara därefter följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada, symtom/besvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?	
Har du varit sjukskriven för angiven åkomma? I så fall i vilken omfattning (t ex heltids- eller halvtidsjukskrivning) och under vilka perioder?	
Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress.	
Vad har du fått för vård och behandling (t ex operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik etc)?	
Är ytterligare behandling/vård/kontroller planerad? Om "Ja" av vilket slag? När? Var?	
Är du återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte – ange vilka besvär, symtom eller följder du har.	

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada, symtom/besvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?	
Har du varit sjukskriven för angiven åkomma? I så fall i vilken omfattning (t ex heltids- eller halvtidsjukskrivning) och under vilka perioder?	
Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress.	
Vad har du fått för vård och behandling (t ex operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik etc)?	
Är ytterligare behandling/vård/kontroller planerad? Om "Ja" av vilket slag? När? Var?	
Är du återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte – ange vilka besvär, symtom eller följder du har.	

UNDERSKRIFT OM DU STRUKIT ÖVER/ÄNDRAT NÅGOT SVAR

Ändrat mig på fråga / frågor med bokstav:	Namnteckning
-------------------------------------------	--------------

INFORMATION OM BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER OCH SAMTYCKE FÖR BEHANDLING AV HÄLSOUPPGIFTER

Dina Försäkringar samlar in och behandlar sådana personuppgifter om dig som är nödvändiga för att vi ska kunna fullgöra det försäkringsavtal som vi har med dig, bedöma försäkringsansökningar, administrera försäkringsavtalet, utreda skadeärenden, upprätta försäkringsstatistik och bedriva produktutveckling. Uppgifterna sparas så länge som din försäkring kan återopas och behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen och med hänsyn till den personliga integriteten.

Uppgifterna kan samlas in direkt från dig eller från andra bolag inom Dina Försäkringar och vi kan även komma att hämta in information från privata och offentliga register. Uppgifterna kan lämnas ut till andra bolag inom Dina Försäkringar, till återförsäkringsbolag, eller till andra företag som vi samarbetar med för att uppfylla våra åtaganden gentemot dig. Vi kan även komma att föra över uppgifterna till myndigheter om det följer av tillämplig lagstiftning.

Dina Försäkringar har ett dataskyddsbud som du kan kontakta om du till exempel vill veta vilka personuppgifter som vi har om dig och hur vi behandlar dem, om du vill rätta felaktiga uppgifter, portera/flytta dina uppgifter, eller om du vill meddela att dina personuppgifter inte ska användas för marknadsföring. Du kontaktar dataskyddsbudet via dataskyddsbud@dina.se.

Det är Dina Försäkring AB eller ditt lokala försäkringsbolag som är ansvarig för behandling av dina personuppgifter. Fullständig information om Dina Försäkringars hantering av personuppgifter finner du på <http://www.dina.se/personuppgifter>.

För att kunna teckna en sjuk- och olycksfallsförsäkring behöver du samtycka till att Dina Försäkringar behandlar personuppgifter om dig. Dina Försäkring AB är personuppgiftsansvarig för personuppgiftsbehandlingen.

Samtycket avser de uppgifter om din hälsa och sjukdomshistorik som du lämnar i ansökan. Genom samtycket ger du oss tillåtelse att behandla personuppgifterna för att fullgöra våra åtaganden enligt ovan.

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare. Ett återkallande av samtycke påverkar inte den rätt som Dina Försäkringar har haft att behandla uppgifterna så länge samtycket funnits.

Jag samtycker härmed till att Dina Försäkring AB behandlar personuppgifter inklusive hälsouppgifter om mig enligt ovan.

UNDERSKRIFT AV FÖRSÄKRAD

De uppgifter jag lämnat på denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv har svarat på frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga svar kan göra hela eller delar av försäkringen ogiltig. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt hälsotillstånd får delges anlitat återförsäkringsbolag.	
Ort och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

**Ansökan är giltig under 14 dagar från undertecknandet.
Skicka ansökan till Dina Försäkring AB, Box 2372, 103 18 Stockholm.**