

# Vi behöver uppgifter om din hälsa



För att du ska kunna teckna försäkring behöver vi uppgifter om din hälsa och ber dig därför fylla i en hälsoförklaring tillsammans med ansökningsblanketten.

Vi behöver information om din hälsa för att vi ska kunna erbjuda dig en försäkring med rätt innehåll och till rätt pris.

Du kan inte få en försäkring som omfattar sjukdomar eller besvär som du redan har sedan tidigare. Din försäkring kan få klausul som betyder att du inte får ersättning för dessa sjukdomar och besvär. Ibland kan försäkring godkännas men då till ett högre pris.

Det är viktigt att du svarar på alla frågor i blanketten. Ta med alla detaljer eftersom de är viktiga för vår bedömning av din hälsa. Bättre att fylla i för mycket än för lite.

Om du lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter så kan din ersättning minskas eller helt utebli vid en skada.

Skicka hälsodeklarationen till oss så snart som möjligt men senast 14 dagar efter att du har skrivit under den. Skulle vi behöva ytterligare uppgifter hör vi av oss till dig och ber om en fullmakt där du godkänner att läkare och sjukvården får lämna uppgifter om ditt hälsotillstånd till oss.

Informationen om din hälsa hanterar vi med stort förtroende och alla uppgifter behandlas strikt konfidentiellt.

## Välkommen till Dina Försäkringar

Se våra försäkringslösningar, läs fullständiga villkor, räkna pris och hitta ditt närmaste Dina-bolag på [www.dina.se](http://www.dina.se).



Dina  
Försäkringar

Om oss:

Vi är en grupp av försäkringsbolag runt om i Sverige som samverkar under det gemensamma varumärket Dina Försäkringar. Vi har kontor över hela Sverige, från Lund i söder till Luleå i norr. Med anor sedan 1768 har vi på Dina Försäkringar erfarenhet av att försäkra det du bryr dig om och att hjälpa dig att göra vardagen tryggare. Läs mer på [www.dina.se](http://www.dina.se)

# Ansökan Olycksfall Plus med sjukförsäkring



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr
--------------------------------------

Försäkringstagarens namn och adress
-------------------------------------

Försäkringen kan tecknas för person som är folkbokförd och stadigvarande bosatt i Sverige.

Ny försäkring       Höjning av försäkringsbelopp       Omprövning

## ➔ Välj försäkringsbelopp

<input type="checkbox"/> 10 pbb	<input type="checkbox"/> 20 pbb	<input type="checkbox"/> 30 pbb
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

## ➔ Begynnelsedag

Från när önskas att försäkringen ska börja gälla? <input type="checkbox"/> Snarast	Finns försäkring i annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, i
---	---

## ➔ Försäkrad (den person försäkringen ska gälla för)

Personnummer	Telefon dagtid (även riktnr)	Mobil
--------------	------------------------------	-------

## ➔ Premiebetalare (om annan än försäkrad)

Personnummer	Telefon dagtid (även riktnr)	Mobil
Efternamn och tilltalsnamn	E-postadress	
Utdelningsadress	Postnr	Postort

## ➔ Betalas via bankgiro

<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår
--------------------------------	---------------------------------

## ➔ Betalas via autogiro

<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Månad
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

## ➔ Övriga upplysningar


## ➔ Underskrift av den försäkrade (glöm inte fylla i hälsoförklaring)

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Ansökan är giltig i 14 dagar från undertecknandet.

# Hälsförklaring – från 18 år




Namn	Personnr
------	----------

Uppgifter ska lämnas personligen av den som ska försäkras. De ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och symtom/besvär samt all sjukskrivning mer än 14 dagar i följd samt all vård, behandling, undersökning, kontroll även för psykiska eller nervösa besvär samt alkohol- eller narkotikaproblem ska anges.

## DET ÄR VIKTIGT ATT ALLA FRÅGOR BESVARAS SÅ NOGGRANT SOM MÖJLIGT

<b>A</b>	<b>Är du folkbokförd och har varit stadigvarande bosatt i Sverige de senaste två åren?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat "Nej": I vilket land har du varit bosatt? ..... Sedan när är du bosatt i Sverige? .....
<b>B</b>	<b>Yrke/sysselsättning?</b> .....
<b>C</b>	<b>Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete utan begränsningar?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Med fullt arbetsför menas att du <ul style="list-style-type: none"><li>• kan utföra ditt vanliga arbete utan begränsningar</li><li>• inte är sjukskriven, helt eller delvis</li><li>• inte har sjuklön från arbetsgivaren</li><li>• inte har ersättning från Försäkringskassan (gäller inte föräldrapenning eller vård av barn)</li><li>• inte har vilande ersättning från Försäkringskassan</li><li>• inte arbetstränar eller har lönebidragsanställning.</li></ul> Om "Nej": Vilken typ av ersättning har du? ..... Orsak? ..... Sedan när? Fr o m .....
<b>D</b>	<b>Din längd?</b> ..... cm <b>Din vikt?</b> ..... kg
<b>E</b>	<b>Röker du eller har du tidigare rökt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja", hur mycket röker du/dag? ..... Om du slutat röka, ange sedan när (år/månad) .....
<b>F</b>	<b>Har du lämnat blodprov för HIV-test?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": När? ..... Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV smitta)
<b>G</b>	<b>Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven eller av hälsoskäl inte kunnat arbeta helt eller delvis under mer än 14 dagar i följd?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Ja": Anledning/orsak ..... Under vilka perioder har du varit sjukskriven? Uppge samtliga perioder. Fr o m år/mån: ..... T o m år/mån: ..... Fr o m år/mån: ..... T o m år/mån: .....

<b>H</b>	<p><b>Har du synnedsättning, ögonsjukdom eller ögonskada?</b> <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>
<b>I</b>	<p><b>Har du hörselnedsättning, öronsjukdom, hörselskada eller tinnitus?</b> <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>
<b>J</b>	<p><b>Använder du något läkemedel, receptbelagt eller icke receptbelagt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om "Ja": Vilket/vilka preparat? .....</p> <p>Anledning? .....</p>
<b>K</b>	<p><b>Har du skadat dig så att du har fått bestående besvär eller tvingats till amputation?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
<b>L</b>	<p><b>Har du använt narkotika, dopningspreparat eller liknande eller överkonsumerat läkemedel?</b> <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:**

<b>1</b>	Förhöjt blodtryck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>2</b>	Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärta i bröstet? Benvullnad? Hjärtklappning eller oregelbunden hjärtverksamhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>3</b>	Kärlsjukdom? Blodpropp? Stroke (blödning eller propp i hjärnan)? Åderbräck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>4</b>	Förhöjda blodfetter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>5</b>	Förhöjda blodsockervärden eller diabetes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>6</b>	Psykiska besvär/sjukdom? Sömnrubning? Utbrändhet? Utmattningsyndrom? Stressrelaterad problematik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>7</b>	Andningsuppehåll vid snarkning/sömnapné? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>8</b>	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
<b>9</b>	Sjukdom, förlitning eller funktionsnedsättning i muskler eller leder? Reumatisk sjukdom? Bindvävssjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>10</b>	Astma? Luftvägsbesvär? Lungsjukdom? Allergiska besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>11</b>	Hudsjukdom? Eksem? Psoriasis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Personnr: .....

<b>12</b>	Sjukdom/besvär i mage, tarmar, lever eller bukorgan? Hepatit (gulsot)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>13</b>	Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>14</b>	Sjukdom/symtom från njurar och/eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>15</b>	Neurologisk sjukdom? Epilepsi? Krampsjukdom? MS? Yrsel? Svimmingsanfall? Migrän?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>16</b>	Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>17</b>	Ämnesomsättningsrubbnig? Hormonell sjukdom? Sköldkörtelsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>18</b>	Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>19</b>	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
<b>20</b>	Har du eller misstänker du, utöver vad du redan uppgivit, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, 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 följer 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 följer 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/bsvären och under vilka perioder har du haft symtom/bsvär?	
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/bsvär eller handikapp gäller det?
Vilken undersökning/utredning har gjorts? Resultat?	
När började sjukdomen/bsvären och under vilka perioder har du haft symtom/bsvär?	
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
---	--------------

**Behandling av personuppgifter**

Personansvarig är Dina Försäkring AB, Box 2372, 103 18 Stockholm, telefon 08-5180 37 00, [info.dina-ab@dina.se](mailto:info.dina-ab@dina.se). Alla uppgifter du lämnar till oss behandlas med respekt för din personliga integritet. Insamlade uppgifter kommer att sparas i våra datasystem och behandlas enligt personuppgiftslagen. Uppgifterna måste sparas för att vi ska kunna bedöma försäkringsansökningar, administrera försäkringsavtal, utreda skadeärenden, upprätta försäkringsstatistik, bedriva produktutveckling och genomföra marknadsföring.

Personuppgifterna, som normalt kommer direkt från dig eller från något bolag inom Dina Försäkringar, kan komma att lämnas ut till andra bolag inom Dina Försäkringar, till återförsäkringsbolag som vi samarbetar med samt till myndigheter i de fall detta följer av lag.

Du kan vända dig direkt till Dina Försäkring AB eller genom ditt lokala Dina-bolag (vars adress med mera framgår av försäkringsbrevet) och skriftligen en gång per år begära information om de personuppgifter som behandlas. Du kan också när som helst anmäla att dina personuppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring eller anmäla rättelse av felaktig eller missvisande uppgift.

**➔ Underskrift av försäkrad**

<p>Jag intygar att jag har tagit del av informationen "Vi behöver uppgifter om din hälsa" samt godkänner att mina uppgifter får behandlas enligt Personuppgiftslagen. De uppgifter som jag har lämnat för denna ansökan ligger 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 och ofullständiga svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig.</p> <p>Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna underskrivna blankett inte kan åberopas av mig. Dina Försäkring AB kan komma att arkivera ansökningshandlingar, hälsoförklaringar och övriga inhämtade uppgifter oavsett om försäkringen beviljas eller inte. Jag medger att de lämnade uppgifterna får delges anlitat återförsäkringsbolag.</p> <p>Det är den försäkrade som ska underteckna ansökan och hälsoförklaringen.</p> <p>Handlingarna ska skickas till Dina Försäkring AB inom 14 dagar från underskriftsdatum.</p>	
Ort och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

**Fylls i av Dina Försäkringar**

<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Klausul <input type="checkbox"/> Premieförhöjning	Datum och sign.
--	-----------------