



## TYP AV FÖRSÄKRING?

- Utlandsplaceringsförsäkring   
  Avbrottsförsäkring vid arbetsförmåga   
  Försäkring för Ambassad-personal  
 People Abroad   
  Privatsjukvårdsförsäkring   
  Försäkring för Utländska besökare

Företagets namn och organisationsnummer	Försäkringsnummer
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (10 siffror)
Utdelningsadress	
Mejladress	Telefon
Medborgarskap	Kön
Vid ansökan om privatsjukvårds- och utlandsplaceringsförsäkring samt försäkring för ambassad-personal ska nedanstående uppgifter fyllas i.	
Huvudförsäkrads namn	Kön
	Huvudförsäkrads personnummer (10 siffror)
Vid ansökan om utlandsplaceringsförsäkring ange	Ange från vilket datum försäkringen ska gälla
Stationeringsland	År
Stationeringsort	Mån
	Dag

## HÄLSODEKLARATION

1. Längd i cm	Vikt i kg
2. Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Med fullt arbetsför menas att du ska kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och att du vid datum för anslutning till försäkringen inte: – är sjukskriven, eller uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning – har lönebidragsanställning eller liknande anställning – har anpassat arbete eller anpassad skolgång på grund av hälsoskäl	
<b>Om du svarat "Nej" på fråga 2, komplettera på nästa sida.</b>	
3. Har du, eller har du tidigare haft, någon sjukdom, skada, fysiska eller psykiska besvär, annat kroppsfel (inkl. syn- och hörsselfel), alkohol-/ läkemedels-/ narkotikaberoende eller uppbär du handikappersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
4. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
5. Har du under de senaste 5 åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, mödravårdscentral eller annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller annan sjukvårdspersonal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vid ansökan om utlandsplaceringsförsäkring ska även undersökning i samband med graviditet anges.	
6. Använder du något receptbelagt läkemedel? (Gäller ej p-piller.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
7. Är det planerat att du skall genomgå någon kontroll, behandling eller operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
8. Har du utöver det du redan uppgett något fel, eller misstänker att du har något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, besvär eller annat kroppsfel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 3-8, komplettera på nästa sida.

## KOMPLETTERINGAR TILL FRÅGA 2–8. ALLA FÖLJDFRÅGOR MÅSTE BESVARAS.

Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska uppges. Ange frågans nummer och besvara följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR / KOMPLETTERINGAR

Om du behöver komplettera med något från blankettens övriga frågor, använd då eget papper, skriv frågans nummer, namn och personnummer på den som ska försäkras upptill på papperet och skriv sedan under med din namnteckning och datum.

## UNDERSKRIFT

Uppgifterna jag lämnat i den här hälsöförklaringen ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Ort och datum

Namnteckning	Namnförtydligande
Målsmans underskrift (Om den försäkrade är under 18 år)	Namnförtydligande

Inhämtad information kommer att arkiveras hos If. Om ansökan inte godkänns arkiveras informationen hos If i 6 månader. Personuppgifterna hanteras enligt Personuppgiftslagen (PUL).

## SKICKAS TILL:

If  
Personförsäkring  
Företag/Industri  
106 80 Stockholm

Ifyllt och underskriven blankett kan  
också mejlas till:  
foretagscenter@if.se

