

ANSÖKAN AVBROTTSFÖRSÄKRING VID ARBETSOFORMÅGA



Företagets/organisationens namn och adress
--

Försäkrads namn och adress

Fylls i av försäkringsbolaget, försäkringsnr, ombudsnr	Bolagsnr	<input type="checkbox"/> Ny försäkring <input type="checkbox"/> Höjning av försäkringsbelopp
--	----------	---

Från när ska försäkringen börja gälla? Du kan välja ett datum längst 3 månader framåt.	<input type="checkbox"/> Snarast
--	----------------------------------

FÖRSÄKRAD PERSON

Efternamn och tilltalsnamn	Personnr
----------------------------	----------

HÄLSOFÖRKLARING

Dessa uppgifter ska besvaras av den försäkrade, oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

1	Är du fullt frisk och arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ange varför
2	Har du någon sjukdom, skada, fysiska eller psykiska besvär eller annat kroppsfel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilka?
3	Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven / arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4	Har du under de senaste 5 åren undersökts eller behandlats av läkare eller annan vårdpersonal (t ex vid husläkarmottagning, vårdcentral, företagshälsövård eller sjukhus)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5	Använder du läkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket / vilka? Anledning till medicinering?
6	Har du syn- eller hörsselfel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad för fel? Ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet av minst 6 dioptrier (glasögon) 5 dioptrier (lins) på något av ögonen, ange dioptritalet. Bifoga gärna kopia av senaste glasögonrecept. Vänster öga: öra: Höger öga: öra:
7	Längd i cm (utan skor) Vikt i kg (utan kläder)

KOMPLETTERA PÅ NÄSTA SIDA OM DU SVARAT NEJ PÅ FRÅGA 1 ELLER SVARAT JA PÅ NÅGON AV FRÅGORNA 2-5.

All kontroll, undersökning, vård och behandling ska uppges.

A	Av vilken anledning har du vårdats, behandlats, undersökts eller genomgått hälsokontroll?
B	Under vilka tider undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?
C	Under vilka tider var du sjukskriven?
D	Vilken/vilka läkare eller vårdinrättning/-ar har du anlitat? Ange sjukhus, klinik, mottagning samt läkares namn och adress.
E	Vilken behandling har du fått; sjukgymnastik, medicinering, operation etc?
F	Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?
G	Är du symtomfri? <input type="checkbox"/> Ja , sedan (datum) <input type="checkbox"/> Nej, ange besvären

FÖRSÄKRINGSBELOPP OCH KARENSTID

Önskat försäkringsbelopp i kronor	Karenstid <input type="checkbox"/> 30 dagar <input type="checkbox"/> 14 dagar
-----------------------------------	--

UNDERSKRIFT AV DEN FÖRSÄKRADE

Härmed förklarar jag att samtliga lämnade uppgifter och svar i denna ansökan är fullständiga och sanna. Jag medger att de läggs till grund för försäkringsavtalet och känner till att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.

Jag tillåter att

- Läkare, psykolog eller annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Dina Försäkringar eller den Dina Försäkringar anlitat för medicinsk riskbedömning, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som Dina Försäkringar anser sig behöva för att handlägga denna försäkring.
- De uppgifter som Dina Försäkringar erhåller om mitt hälsotillstånd samt Dina Försäkringars riskbedömning får delges återförsäkringsbolag.

Datum	Namnsteckning

Ansökan är giltig under 14 dagar från undertecknandet.

Ansökan skickas i original till: Dina Försäkring AB, Box 2372, 103 18 Stockholm