



**BNP PARIBAS
CARDIF**



ANSÖKAN AVSER

Nyteckning Ändring

| | | | |
|-----------|-------------------------|---------------|-----|
| Försäkrad | Efternamn, tilltalsnamn | Personnummer | |
| | Utdelningsadress | Postnr | Ort |
| | E-post | Telefonnummer | |

FRÅGOR HÄLSODEKLARATION

OBSERVERA ATT FRÅGA 1 - 5 SKA ALLTID BESVARAS!

Nedanstående hälsofrågor ska besvaras av den som ska försäkras personligen och kan om så önskas skickas separat till försäkringsbolaget. Observera! Ofullständiga eller oriktiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig och försäkringsgivaren blir fri från ansvar för inträffade skadefall.

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Ange yrke och huvudsakliga arbetsuppgifter; | |
| 2 | Är du bosatt i Sverige? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

OBS! FRÅGA 3 BESVARAS AV ICKE SVENSKA MEDBORGARE

| | | |
|---|---|--|
| 3 | Nationalitet? | Hur länge har Du varit bosatt i Sverige? - År/mån |
| 4 | Är du försäkrad för sjukpenning i Försäkringskassan, dvs kan du få ersättning från Försäkringskassan vid sjukdom? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 5 | Är du fullt arbetsför?* | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

*) 5 - Definition på fullt arbetsför: Fullt arbetsför innebär att Du utan inskränkning kan fullgöra sitt vanliga arbete på arbetsplatsen, att sjuklön från arbetsgivaren, ersättning från Försäkringskassan, sjukpenning, aktivitetsersättning (även vilande), sjukersättning (även vilande eller tidsbegränsad), rehabiliteringsersättning, handikappersättning eller annan likartad ersättning, arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning inte är beviljad. Du får vidare inte ha anpassat arbete på grund av hälsoskäl. Du får inte ha varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd under 360 dagar närmast före dagen för intygandet av försäkringen om full arbetsförhet.

Om du söker:
Sjukvårdsförsäkring, Livförsäkring över 10 pbb, Sjukförsäkring eller Livförsäkring på annans liv ska nedanstående frågor besvaras!

Om Du svarar "Ja" på någon av frågorna 7-12 måste du lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A-G. Uppgifterna ligger till grund för försäkringen.

| | | |
|---|---|--|
| 6 | Ange din längd och din vikt. | Längd _____ Vikt _____ |
| 7 | Kontrolleras eller behandlas du på grund av någon sjukdom, skada, handikapp eller annat besvär/symptom? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 8 | Har du något fel på inre organ, fysiska eller psykiska besvär eller annat handikapp/kroppsfel? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| 9 | Ögon- eller öronsjukdom/skada? Syn- eller hörselnedsättning? Tinnitus? | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

HÄLSODEKLARATION

| | |
|------|----------|
| Namn | Personnr |
|------|----------|

| | | | | |
|----|---|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 10 | Har du under de senaste 5 åren vårdats, och/eller undersökts på sjukhus/annan vårdinrättning, eller av läkare/annan sjukhuspersonal? (även sjukgymnast, kiropraktor och liknande)** | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> | |
| 11 | Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?*** | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> | |
| 12 | Har du tidigare behandlats för hjärt-, kärl-, njursjukdom, cancer eller neurologisk sjukdom | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> | |
| 13 | Har du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? | | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| | Om ja: När och var? | Provets resultat | Positiv <input type="checkbox"/> | Negativ <input type="checkbox"/> |
| 14 | Använder du någon medicin? | | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| | Om ja: Vilken/vilka? | Dosering | | |
| | Anledning | Eventuell receptskrivande läkare | | |
| 15 | Har du någon gång i annat försäkringsbolag ansökt om personförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? | | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| | Om ja: När? | Försäkringsbolag | | |
| | Orsak till avslag/förbehåll premieförhöjning? | | | |
| 16 | Röker du eller har du tidigare rökt? | | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| | Om ja: Hur mycket röker du dagligen? | Om du har slutat, ange när | | |

** 10-11 - All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll ska uppges. Misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, psykiska besvär och alkohol- eller narkotikaproblem skall också anges.

OBS! BESVARAS AV DEN SOM INTE FYLLT 20 ÅR

| | | | |
|----|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 17 | Har du av hälsoskäl eller p. g. a. fysiskt, eller psykiskt handikapp (inkl. förståndshandikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t. ex. gått i särskola)? | JA <input type="checkbox"/> | NEJ <input type="checkbox"/> |
| | Om ja: Vilken utbildning | | |

FÖLJDFRÅGOR HÄLSODEKLARATION

| | |
|--|--|
| <p>OBSERVERA!</p> <p>Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 7-12 måste du lämna kompletterande uppgifter för respektive fråga nedan. Uppgifterna ligger till grund för försäkringen. (Fortsätter på nästa sida)</p> | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| A | Uppge sjukdom, skada, handikapp, symptom eller besvär. Uppge var på kroppen samt om det avser höger eller vänster sida. Vid närsynthet ange även dioptrital. |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|------|----------|
| Namn | Personnr |
|------|----------|

| | |
|---|---|
| B | När började sjukdomen, skadan, handikappet, symptomen eller besvären? |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|---|--|
| C | Vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven? |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|---|---|
| D | Vilken läkare, vårdgivare, vårdinrättning eller behandlare har du anlitat? Uppge namn och fullständig adress, sjukhus, klinik, avdelning etc. |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|---|--|
| E | Vilken vård och behandling har du fått? (Operation, sjukgymnastik, medicinering etc) |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|---|--|
| F | När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du senast? |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

| | |
|---|---|
| G | Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du? |
| | Åkomma-1 |
| | Åkomma-2 |
| | Åkomma-3 |

BLANKETTEN INSÄNDES TILL: BNP PARIBAS CARDIF, BOX 241 10, 400 22 GÖTEBORG

Försäkringsgivare för livförsäkringsprodukter är BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB.
Försäkringsgivare för övriga personförsäkringar är BNP Paribas Cardif Försäkring AB.

| | |
|------|----------|
| Namn | Personnr |
|------|----------|

UNDERSKRIFTER

Behandling av personuppgifter

Fullständig information om BNP Paribas Cardifs behandling av personuppgifter framgår av förköpsinformationen.

Underskrift av FÖRSÄKRAD

Jag har tagit del av förköpsinformationen. Jag intygar att ovanstående uppgifter stämmer. De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet/avtalen. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna BNP Paribas Cardif de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg mm som bolaget anser sig behöva för att bedöma skadefall med anledning av mitt eventuella dödsfall, att de uppgifter som erhålls om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det/de återförsäkringsbolag som BNP Paribas Cardif anlitat. Jag medger att de uppgifter som erhålls om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det/de återförsäkringsbolag som BNP Paribas Cardif anlitat.

| | |
|-------------------|----------------------|
| Namnteckning* | Datum - (År/mån/dag) |
| Namnförtydligande | Ort |

*Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare