



Hälsodeklaration

PRIVATVÅRDSFÖRSÄKRING

White Label
Care

Läs försäkringsinformationen innan du fyller i ansökan. Använd **bläckpenna** och besvara alla frågor fullständigt.

Ansökan avser: Nyansökan Ändring av försäkring nr:

A Markera

Markera vänligen vilken täckning du önskar	<input type="checkbox"/> SILVER	<input type="checkbox"/> GULD	<input type="checkbox"/> PLATINUM
--	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

B Person uppgifter

Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Ange typ av arbetsuppgifter, studielinje eller annan verksamhet:	Längd i cm	Vikt i kg:
Har du någon gång fått avslag på en ansökan om sjukvård eller livförsäkring, eller fått en ansökan beviljad med undantag eller till en högre premie än standardpremien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig bifoga detaljerad information	
Om ja, var vänlig förklara varför/orsak:		
Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Med fullt arbetsför menas att du inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra ditt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.	

C Hälsodeklaration

1) Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen, helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig uppge varför:
2) Har du under de senaste 5 åren undersökts eller behandlats på vårdcentral eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal (hit räknas även kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut eller liknande)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig uppge varför:
3) Är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig uppge varför:
4) Har du varit inlagd på sjukhus eller gått på behandling för någon sjukdom/besvär/skada på kroppen eller liknande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <small>(Om du har ytterligare kommentarer ber vi dig lämna detaljerad information under fråga 8.)</small>	Om ja, vänligen uppge namn på sjukhus / klinik / läkare: Namn: Adress: Telefon: E-mail: Diagnos:
5) Använder du något läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig uppge : Vilket/vilka: Diagnos: Anledning: Receptskrivande läkare: Läkarens fullständiga adress:
6) Har du upplevt några biverkningar eller konsekvenser av ovanstående? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, var vänlig förklara varför:
7) Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, hur mycket per vecka ? Jag har slutat sedan år:
8) Har du använt narkotiska och eller dopingpreparat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, typ av preparat? När senast:
9) Ögonsjukdom/synnedsättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, Uppge vilken sjukdom och felets art? Vilket öga/båda? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
10) Öronsjukdom, hörselnedsättning eller tinnitus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, Uppge vilken sjukdom eller grad av hörselnedsättning? Vilket öra/båda? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Om du svarar ja på någon av frågorna 3- 10) lämna kompletterande upplysningar på E) kompletterande upplysningar.	

Försäkringsbolag är Vardia Insurance Group a/som i Sverige företräds av White Labe Care (556751-0424) avseende sjukvårdsförsäkring.

Ansökan tillsammans med hälsodeklarationer skickas till: **WellCare Sweden AB, Skeppargatan 8, 114 52 Stockholm**

Tfn: +46 8 612 06 10, Fax: +46 8 612 41 95, E-post: wellcare@wellcare.se



Hälsodeklaration

PRIVATVÅRDSFÖRSÄKRING

White Label
Care

Läs försäkringsinformationen innan du fyller in ansökan. Använd **bläckpenna** och besvara alla frågor fullständigt.

D Hälsodeklaration (fortsätter)

11) Har du nu eller tidigare (oavsett när) haft någon av följande sjukdomar eller besvär? Om du svarar ja på någon av frågorna 11) a-q lämna kompletterande upplysningar under			
a. Psykiska besvär, sömnlöshet, psykisk sjukdom, krisreaktion, utbrändhet eller stress?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	b. Alkoholberoende, läkemedelsberoende eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c. Sjukdom i nervsystemet? Epilepsi? Krampanfall? Förlamning? Yrsel? Svimningsanfall? Migrän?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	d. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e. Högt blodtryck? Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Kärkramp? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	f. Åderbråck, stroke eller annan kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
g. Förhöjda blodfetter/högt kolesterol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	h. Diabetes? Hormonell sjukdom ämnesomsättningsrubbnig, struma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
i. Astma, lungsjukdom eller allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	j. Urinvägs- eller njursjukdom? Sjukdom i underlivsorgan? Prostatabesvär? Njursten? Könssjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
k. Snarkningsproblem, andningsuppehåll, näspolyper?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	l. Reumatiska besvär/sjukdom? Bindvävssjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
m. Muskel-, led- eller bensjukdomar? Besvär/ sjukdom eller skada i ryggen inklusive nacken? Besvär från ben eller armar? Spänningshuvudvärk? Ischias? Diskbråck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	n. Besvär/sjukdom i lever, bukspottkörtel eller i annat bukorgan? Besvär eller sjukdom i mage eller tarm? Hemorrojder? Ljumskråck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
o. Hudsjukdom, eksem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	p. Andra sjukdomar/handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
q. Har du nu eller tidigare haft annan långvarig sjukdom, skada eller andra besvär än som angivits ovan? Uppge om du uppbär någon form av ekonomiskt stöd som följd av eget funktionshinder.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

E Kompletterande upplysningar

Om du svarat "ja" på någon av frågorna 9 -11 Ange frågans nummer och bokstav. Besvara därefter följdfrågorna.			
Fråga nr: (skriv även bokstav)		Vid brist på utrymme under "E) Kompletterande upplysningar" kan svar lämnas på separat papper. (Kom då ihåg att skriva namnteckning, namnförtydligande, personnummer och datum.)	
Sjukdom, skada eller funktionshinder. Om diagnos inte är känd ange symtom:			
Datum för när symtomet, sjukdomen, skadan eller funktionshindret debuterade?			
Tidpunkt för när du sökte/kallades till läkare/vårdgivare första gången?			
Namn och adress till vårdgivare/läkare etc.			
Vilken behandling/undersökning har du genomgått? (T.ex. sjukgymnastik, operation, medicinering, röntgen, hälsoundersökning)			
När hade du besvär första gången?			
Hur ofta har du haft besvär?			
När hade du besvär senast?			
Om du inte är symtomfri, ange kvarstående men eller besvär.			
Behandlas du fortfarande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När avslutades behandlingen?		
Ska du på kontroll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När?		
Jag bifogar information på löst papper (bilagor) som jag skrivit min signatur och personnummer på. Antal bilagor:			

F Underskrift

Jag/vi intygar att alla uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktiga eller ofullständiga kan försäkringen bli ogiltig alternativt kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras. Jag/vi intygar att jag har läst försäkringsinformationen.

Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna White Label Care de uppgifter, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som White Label Care anser sig behöva för handläggning av försäkringsansökan eller skadereglering på grund av den sökta försäkringen. Jag medger att information får inhämtas om min ekonomiska situation om så behövs. Jag medger att de uppgifter White Label Care erhållit får delges aktuellt återförsäkringsbolag. White Label Care kan komma att arkivera ansökningshandlingar, hälsodeklarationer och övriga inhämtade uppgifter oavsett om ansökan bifalles eller ej. Underskrift ska göras av den försäkrade. Är den försäkrade omyndig ska den som handlar på dennes vägnar skriva under.

Sökandens underskrift

Ort _____	Datum _____	Underskrift _____	Namnförtydligande _____
-----------	-------------	-------------------	-------------------------