

Hälsobeskrivning vid tillägg av återbetalningsskydd KTPK/återval av familjeskydd

Försäkringsgivare:
Folksam Tjänstepension AB/
Folksam Fondförsäkringsaktiebolag.

Fylls i tydligt av Folksam												
Ärende ID:												



Försäkrad, namn	Personnummer (12 siffror)

Din kontakt med vården

Det är viktigt att du förstår begreppet **kontakt med vården** – så att du kan beskriva din hälsa så rätt som möjligt. Vi kan då erbjuda bästa möjliga villkor för din försäkring.

Kontakt med vården innebär exempelvis

- Kontakt med läkare, sjuksköterska, psykolog eller annan vårdgivare.
- Att du undersökts, behandlats, kontrollerats, vårdats, fått recept, kontaktat eller bokat tid inom vården.
- Att du haft kontakt på grund av besvär, symtom, sjukdom, olycksfall eller funktionsnedsättning.
- Kontakt med vårdcentral, sjukhus, företagshälsövård eller annan plats för vård.

1. Har du haft kontakt med vården för något av följande under de senaste fem åren?		
A. Tumör, cancer eller blodsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
B. Hjärt- eller kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
C. Stroke eller TIA	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
D. Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
E. Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
F. Förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
G. Astma, lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
H. Sömnapné (andningsuppehåll)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
I. Missbruk av alkohol, läkemedel, dopningspreparat eller narkotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
J. Sjukdom i njurar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
K. Reumatologisk sjukdom (till exempel reumatoid artrit, SLE)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
L. Neurologisk sjukdom, till exempel epilepsi, MS, Parkinson, neurologisk funktionsnedsättning eller demens	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
M. Sjukdom i mage, tarmar, lever (till exempel hepatit) eller bukspottkörtel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
N. Psykiska besvär/sjukdomar till exempel psykos, bipolär sjukdom, depression, ätstörning, kognitiv- eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

2. Använder du receptbelagd medicin?

Du behöver inte svara "Ja" för p-piller eller antibiotikabehandling i upp till 10 dagar.

 Ja Nej

Om "Ja", ange vilka receptbelagda mediciner du använder och av vilken anledning

3. Har du eller misstänker du att du har något symtom, besvär, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som du ännu inte har sökt vård för? Ja Nej

Om "Ja", beskriv dina symtom så gott du kan

4. Röker du eller har du rökt under de senaste 2 åren? Ja Nej**5. Hur lång är du och hur mycket väger du?**

Cm

Kg

Kompletterande uppgifter

Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna i fråga 1-3 behöver du lämna kompletterande upplysningar nedan.

Fyll i en kolumn för varje sjukdom/symtom eller besvär.

	Sjukdom/symtom/besvär	Sjukdom/symtom/besvär	Sjukdom/symtom/besvär
Vilken sjukdom, symtom/besvär har du eller har du tidigare haft?			
När insjuknade du/började symtomen/besvären? Ange år och månad.			
Vilken klinik eller mottagning har du haft kontakt med?			
Vilken medicinering, undersökning, behandling, kontroll eller vård har du genomgått eller ska genomgå?			
När hade du senast kontakt med vården för detta? Ange år och månad.			
Är du symtomfri nu?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Nej", vilka kvarvarande symtom/besvär har du?			
Om "Ja", när blev du symtomfri? Ange år och månad			

Glöm inte att underteckna Hälsobeskrivningen på sidan 3.

Underskrift

Hälsobeskrivningen ska skrivas under av dig som är försäkrad.

Jag är medveten om att jag är ansvarig för de uppgifter som jag lämnat i denna hälsobeskrivning, att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig samt att jag inte senare kan åberopa uppgift som inte lämnats i hälsobeskrivningen.

Jag är också medveten om att försäkringsgivaren kan komma att registrera och arkivera mina ansökningshandlingar och inhämtade uppgifter.

Underskrift av den försäkrade

Ort

Datum (år, mån, dag)

Din namnteckning

Namnförtydligande

Telefonnummer dagtid

Observera att du måste skicka in hälsobeskrivningen inom 30 dagar från undertecknandet. Hälsobeskrivningen skickas tillsammans med blanketten "Ändringsansökan KTPK Tillägg/borttag av återbetalningsskydd" eller blanketten "Ändringsansökan KTP 2 Avstå/återval av familjeskydd" till Folksam, LIV1080, Box 90346, 120 25 Stockholm.