

När du ansöker om en försäkring behöver du svara på några frågor om din hälsa. Det är för att du ska kunna få en försäkring till rätt pris och omfattning. Det är viktigt att hälsodeklarationen är riktigt och ärligt ifylld, annars kan försäkringen bli ogiltig och du blir utan ersättning vid eventuell skada. Dina svar behandlas konfidentiellt. Ibland kan läkarintyg eller journaler från vårdgivare behövas. Handlingarna arkiveras enligt branschgemensamma sekretessbestämmelser.

Hälsodeklarationen avser

<input type="checkbox"/> Livförsäkring (Svara på frågorna 1-3 och 8-11A)	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring (Svara på alla frågor)
<input type="checkbox"/> Premiebefrielse (Svara på alla frågor)	<input type="checkbox"/> Familjepension (Svara på frågorna 1-3 och 8-11A)

Det är du själv som ska fylla i hälsodeklarationen.

1. Yrke/sysselsättning	2. Är du registrerad i svensk Försäkringskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	3. Har du bott i Sverige kortare tid än 1 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
------------------------	---	---

4. Är du fullt arbetsför? * <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, ange anledning och om du får någon typ av ersättning.	
5. Har du under de senaste 5 åren behandlats/kontrollerats hos läkare/vårdgivare eller varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange när, hur länge, anledning och läkare/vårdgivare	
6. Använder du någon medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange vilken medicin, anledning och läkare/vårdgivare	
7. Har du tidigare ansökt om försäkring i annat bolag och inte fått försäkring med normala villkor pga din hälsa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket bolag och anledning	
8. Längd (cm)	9. Vikt (kg)	10. Är du rökare (svara ja även om du bara feströker) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

* Fullt arbetsför innebär att du:
 - kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och inte får eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom och/eller olycksfall
 - på grund av psykisk och/eller fysisk funktionsnedsättning inte har särskilt anpassat arbete eller arbete med lönebidrag.
 - inte har fått ersättning för sjukdom och/eller olycksfall mer än 30 dagar under den senaste 360 dagarsperioden.

11. Har du eller har du tidigare haft någon av nedanstående diagnoser, symtom eller besvär?				<input type="checkbox"/> Ja (markera aktuell ruta och beskriv mer på nästa sida)	<input type="checkbox"/> Nej
11A					
<input type="checkbox"/> Tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Inskrivnen och vårdats på psykiatrisk klinik		
<input type="checkbox"/> Hjärt-/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Förhöjda blodfetter	<input type="checkbox"/> Blodsjukdom	<input type="checkbox"/> Högt blodtryck		
<input type="checkbox"/> Stroke	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Leversjukdom	Om högt blodtryck, uppge de två senaste blodtrycken		
<input type="checkbox"/> Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Kronisk tarmsjukdom	/	/	
11B					
<input type="checkbox"/> Psykiska-/stressrelaterade besvär, utbrändhet, ätstörning, sömnlöshet	<input type="checkbox"/> Ischias, diskbråck, besvär från rygg, höft, ben, knä, armar, axlar eller skuldror	<input type="checkbox"/> Hudsjukdom eller eksem	<input type="checkbox"/> Sjukdom i bukorgan, hepatit		
<input type="checkbox"/> Blodpropp	<input type="checkbox"/> Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Missbruk av alkohol/droger/mediciner	<input type="checkbox"/> Sömnapné/andningsuppehåll		
<input type="checkbox"/> Öronsjukdom eller hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Sjukdom i nervsystemet, t ex epilepsi	<input type="checkbox"/> Sjukdomar/besvär i underlivsorgan, prostatabesvär	<input type="checkbox"/> Struma/ämnesomsättningsrubbing		
<input type="checkbox"/> Ögonsjukdom/synnedsättning. Vid närsynhet över 8 dioptrier ange dioptrial: _____					

12. Har du eller har du haft någon annan sjukdom, skada eller kroppsfel? (Utöver det som nämnts tidigare)

Ja Nej

Lämna kompetterande uppgifter om du markerat att du har någon sjukdom/besvär på fråga 11-12.

Om utrymmet inte räcker till kan du skriva på ett papper vid sidan av och bifoga tillsammans med hälsodeklarationen.

	Sjukdom/besvär 1	Sjukdom/besvär 2	Sjukdom/besvär 3
Vilken sjukdom/ besvär avses?			
Var har du kontrol- lerats/behandlats? (sjukhus,mottagning etc)			
Vilken behandling har du fått? (medicin, operation etc)			
Vad blev resultatet av kontrollen/ behandlingen?			
Under vilken period har du kontrollerats/ behandlats?			
Hur länge har du haft besvären? Sedan när är du symtomfri eller har du kvarstående besvär?			

Underskrift

Svaren på frågorna är giltiga 14 dagar från underskriftsdatum. Skicka därför ansökan inom 14 dagar efter underskrift. Därefter krävs en ny hälsodeklaration.

Jag lovar att jag själv har besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. För information om behandling av personuppgifter, vänligen läs Nordea Liv & Pensions dataskyddspolicy som finns på www.nordealivochpension.se eller kontakta Nordea Liv & Pension. Om jag inte är i livet när eventuell skada inträffar medger jag att Nordea Liv & Pension får inhämta uppgifter om mig från Försäkringskassan, vårdgivare eller liknande instans. Om försäkringen är företagsägd medger jag att min arbetsgivare får kännedom om särskilda undantag finns i min försäkring (medicinska uppgifter lämnas inte ut).

Ort och datum

X

Namn-teckning (den som ska försäkras)

X

Namn-förtydligande

X

C

Central
instans
blad

Blanketten skickas till: Nordea Liv & Pension, M4420, 105 71 Stockholm

9823
P005
(jan 19)
2 (2)

Nordea Livförsäkring Sverige AB (publ) Org nr 516401-8508
www.nordealivochpension.se
Telefon 0771-470 470