

Varje fråga besvaras personligen av den som ska försäkras

Har du av läkare eller annan vårdpersonal under de senaste 5 åren behandlats/kontrollerats/vårdats för någon av följande sjukdomar, eller har du pågående besvär? (markera aktuell ruta)

<input type="checkbox"/> Tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Depression, bipolär sjukdom, schizofreni, eller liknande psykisk åkomma
<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, uppgi de två senaste blodtrycken
<input type="checkbox"/> Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Reumatologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Kronisk inflammatorisk tarmsjukdom	/ /

Är du rökare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Längd	cm	Vikt	kg
---------------	-----------------------------	------------------------------	-------	----	------	----

Lämna kompletterande upplysningar till den/de sjukdom/sjukdomar du markerat

	Sjukdom 1 enligt ovan	Sjukdom 2 enligt ovan
1. Ange vilken av sjukdomarna ovan som avses.		
2. Var har du kontrollerats/ behandlats? Ange vårdinrättning: Sjukhus, klinik, vårdcentral, privat mottagning.		
3. Vilken behandling har du fått? Medicinering, operation, etc? Ange läkemedel samt dosering.		
4. Vad blev resultatet av kontrollen/behandlingen?		
5. Under vilken period kontrollerades/behandlades du?		
6. Sedan när är du symtomfri eller vilka kvarstående besvär har du?		

Vänligen sätt kryss i rutan om du har ytterligare sjukdomar enligt ovan.
 Lämna kompletterande upplysningar om dessa sjukdomar på baksidan av denna blankett enligt frågorna 1-6 ovan.

Underskrift

Svaren på hälsofrågorna är giltiga längst i 14 dagar från underskriftsdatum. Skicka därför ansökan inom 14 dagar efter underskrift, därefter krävs ny hälsodeklaration.
De uppgifter som lämnats i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag försäkrar att jag själv har besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig.
Nordea Liv & Pension kommer att arkivera handlingarna enligt branschgemensamma sekretessbestämmelse.
För information om behandling av personuppgifter, vänligen läs Nordea Liv & Pensions dataskyddspolicy som finns på www.nordealivochpension.se eller kontakta Nordea Liv & Pension.
Om försäkringen är företagsägd och erbjuds mot förhöjd premie kommer detta att kommuniceras till företaget/försäkringstagaren (Gäller inte för Familjeskydd). Uppgifter om den försäkrades hälsa kommer inte att skickas till företaget/försäkringstagaren.

Ort och datum

Namn-teckning (den som ska försäkras)

Namn-förtydligande

B

Bank-
kontorets
blad

9324
P007
(sep 20)
1 (1)

Till Nordea Liv & Pension, M4420
Nordea Livförsäkring Sverige AB (publ) Orgnr 516401-8508
Postadress: Nordea Liv & Pension, 105 71 Stockholm
Telefon 0771-470 470 www.nordealivochpension.se