

Utbetalning kan göras till konto i annan svensk bank	Ange kontonr (inkl clearingnr)	Försäkringskontonummer
--	--------------------------------	------------------------

Besvaras vid sjukdom/olycksfall

Vilken sjukdom/skada lider du av? (Ange noggrant sjukdomens/skadans art enligt läkarens uppgift)	
När märktes de första sjukdomstecknen/skadan?	Har du förut lidit av denna eller liknande sjukdom/skada? Om "ja", när?

Besvaras alltid (Bifoga alltid kopior av läkarintyget med uppgifter om sjukorsak och/eller diagnos)

Har sjukdomen/olycksfallet föranlett arbetsförmåga?	
<input type="checkbox"/> Ja, hel	<input type="checkbox"/> Ja, delvis
När anlätades läkare? Vilken?	
Har du varit intagen på sjukhus eller annan vårdinstans?	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har du återupptagit ditt arbete?	
<input type="checkbox"/> Ja, hel	<input type="checkbox"/> Ja, delvis
Har du av försäkringskassan beviljats (beslutsmeddelande bifogas)	
<input type="checkbox"/> Sjukersättning / Aktivitetsersättning (fd förtidspension)	<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad sjukersättning (fd sjukbidrag)

Inkomstuppgifter

Aktuell månadsinkomst (-uttag) före arbetsförmågans början	Kronor	Från AB som du äger till minst 1/3	Kronor
Från anställning	Kronor	Från enskild firma eller handelsbolag	Kronor
Arbetsgivarens namn/Egen företagares namn		<input type="checkbox"/> Saknar förvärsarbete	
Har du annan försäkring som berättigar till sjukersättning?		Om "ja", ange belopp	
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	

Underskrift

Jag försäkrar att svaren är sanna och fullständiga. Nordea Liv & Pension kommer att arkivera handlingarna enligt branschgemensamma sekretessbestämmelser. För information om behandling av personuppgifter, vänligen läs Nordea Liv & Pensions dataskyddspolicy som finns på www.nordealivochpension.se eller kontakta Nordea Liv & Pension.	
Ort och datum	
Underskrift av den försäkrade	
Namnförtydligande	