

Personnummer	Efternamn och tilltalsnamn
--------------	----------------------------

Varje fråga besvaras personligen av den som ska försäkras

Har du av läkare eller annan vårdpersonal under de senaste 5 åren behandlats/kontrollerats för någon av följande sjukdomar: (markera aktuell ruta)

<input type="checkbox"/> Tumörsjukdom	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Vårdats innerliggande 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, 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.
 Jag samtycker till att lämnade uppgifter kommer att databehandlas i enlighet med försäkringens villkor.
 Nedan angivet medgivande gäller endast om jag inte är i livet när ersättning reglering ska göras.
 Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget anser sig behöva för att bedöma ett skadefall och handlägga en begäran om ersättning ur den försäkring som blir ett resultat av denna ansökan.

Ort och datum
Namn-teckning (den som ska försäkras)
Namn-förtydligande

B

Bank-kontorets blad

9324
P005
(okt 15)
1 (1)

Till Nordea Liv & Pension, L4442
 Nordea Livförsäkring Sverige AB (publ) Orgnr 516401-8508
 Postadress: Nordea Liv & Pension, 105 71 Stockholm
 Telefon 0771-470 470 www.nordealivochpension.se