
Hälsodeklaration

Har du under de senaste tre åren:

- A** behandlats/kontrollerats för besvär/symptom, sjukdom, skada eller handikapp? ☐ Ja ☐ Nej
- B** varit sjukskriven i fler än 30 dagar i följd och/eller haft sjukersättning/aktivitetsersättning eller motsvarande från Försäkringskassan? ☐ Ja ☐ Nej

Om du svarat **Ja** på någon av ovanstående frågor ska du även fylla i kompletterande uppgifter nedan.**Kompletterande uppgifter - Obs!** Fyll bara i om du svarat **Ja** på någon av frågorna ovan. V g Texta!

Vilka besvär/symtom, sjukdom, skada eller handikapp har du?

Under vilka perioder har du varit sjuk?

Vilken/vilka vårdinrättningar har du behandlats vid? Ange namn och mottagningsadress.

Använder du receptbelagd medicin? Om ja, vilken/vilka?

Aktuell längd _____

Aktuell vikt _____

Har du rökt det senaste året?

☐ Ja☐ Nej

Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen. För att få försäkring får du inte lida av allvarlig sjukdom. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig.

Ditt telefonnummer dagtid