

Komplettering till hälsodeklaration

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	Namn
------------------------------	------

Du har i anslutning till val för din tjänstepension angett att du under de tre senaste åren har behandlats eller kontrollerats för besvär/symptom, sjukdom, skada eller handikapp, alternativt att du under de senaste tre åren har varit sjukskriven i mer än 30 dagar i följd.

Kompletterande uppgifter

För att kunna behandla ditt val behöver vi kompletterande uppgifter från dig. Var därför vänlig och besvara nedanstående frågor:

A. Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

--

B. När har du varit sjuk?

Från och med (åååå-mm-dd)	Till och med (åååå-mm-dd)	Tillsvidare
---------------------------	---------------------------	-------------

C. Ange namn och adress till den läkare eller den avdelning och det sjukhus du har besökt.

Använder du någon receptbelagd medicin ska du ange namnet på denna.

Namn
Address
Receptbelagd medicin

De uppgifter du lämnat i denna hälsodeklaration ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Din försäkring kan bli ogiltig om du lämnar felaktiga eller ofullständiga uppgifter i hälsodeklarationen. I och med att du fyller i hälsodeklarationen medger du att de uppgifter du lämnat om ditt hälsotillstånd får delges det återförsäkringsbolag som anlitats för att ta hand om hälsoprövningen.

Underskrift - Blanketten hanteras som ett originaldokument och därför måste den skickas per post.

Datum (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Telefon (även riktnummer) dagtid:
--------------------	--------------	-----------------------------------

Blankett som inkommer till Avtalat mer än 6 månader efter undertecknande är inte giltig. Vi behandlar personuppgifter i enlighet med vid var tid gällande dataskyddslagstiftning. Läs mer på www.avtalat.se

3940 2023.12