

Viktig information om hälsodeklarationen

- Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra din försäkring ogiltig.
- Lämnade uppgifter om ditt hälsotillstånd sparas av Kåpan Tjänstepension.
- Kåpan Tjänstepension kan behöva inhämta upplysningar och journaler från vårdgivare eller Försäkringskassan. Detta för att handlägga denna försäkringsansökan eller för att bedöma försäkringens giltighet i framtiden.
- Lämnade uppgifter om ditt hälsotillstånd kan delges Sedgwick som är det bolag som Kåpan anlitar för medicinsk riskbedömning. Sedgwick kan kontakta dig om de har ytterligare frågor om ditt hälsotillstånd.

Inledande frågor

- A** Har du under de fem senaste åren fått besked om tecken på allvarlig sjukdom efter en hälsokontroll, screeningprogram eller annat vårdbesök? Ja Nej
- B** Har du under de fem senaste åren varit sjukskriven (helt eller delvis) i mer än 30 dagar? Ja Nej
- C** Har du under de fem senaste åren fått sjukersättning, aktivitetsersättning eller livränta från Försäkringskassan? Ja Nej
- D** Har du under de fem senaste åren behandlats för sjukdom, besvär, symtom, skada eller funktionsnedsättning? Ja Nej
- E** Har du besvär, symtom, skada eller funktionsnedsättning som gör att du inte är fullt arbetsför? Ja Nej

Om du svarat **Ja** på någon av de inledande frågorna ska du även svara på de kompletterande frågorna nedan.

Kompletterande frågor

Vilka besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp har du?
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du och vad blev resultatet?
Vilka vårdgivare har du undersökts, kontrollerats eller behandlats hos? Ange namn och adress.
Vilken behandling har du genomgått? Operation, medicinering etc.
Berätta om du har varit sjuk eller inte. Har du varit det, berätta också under vilka perioder.
Vilka kvarstående besvär har du eller sen när är du symptomfri (åååå-mm-dd)?
Din längd _____ cm Din vikt _____ kg Har du rökt det senaste året? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga. Jag vet att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att vårdgivare eller Försäkringskassan får lämna ut de upplysningar och journaler som Kåpan anser sig behöva för att handlägga min begäran om att lägga till återbetalningsskydd eller för att bedöma försäkringens giltighet i framtiden. Jag medger att lämnade uppgifter om mitt hälsotillstånd får delges det av Kåpan anlitat bolag för medicinsk riskbedömning.

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)