

Hälsodeklaration

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Hälsodeklarationen behöver ej fyllas i om du vill teckna återbetalningsskydd som nyanställd eller på grund av ändrad familjesituation de senaste 12 månaderna.

1	Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom, skada eller handikapp?	Ja	Nej
2	Använder du någon medicin?	Ja	Nej
3	Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal?	Ja	Nej
4	Har du under de tre senaste åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad?	Ja	Nej
5	Röker du?	Ja	Nej
6	Längd och vikt	_____ cm	_____ kg

Om du svarat ja på någon av frågorna ovan, lämna kompletterande upplysningar nedan och på nästa sida. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och behandlingar ska uppges, samt sjukskrivningar mer än en månad i följd. Skriv bilaga om mer utrymme behövs.

Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

Anledning till undersökningen

Under vilka perioder har du varit sjuk?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Fortsättning på nästa sida

Hälsodeklaration (fortsättning)

Vilken läkare, vårdgivare eller vårdinrättning har du besökt?

Vilken behandling har du genomgått (till exempel operation eller medicinering)?

Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?

Har du några kvarstående besvär? I så fall vilka?

Använder du någon receptbelagd medicin? I så fall vilken/vilka?

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att de uppgifter jag lämnat om mitt hälsotillstånd arkiveras hos Kyrkans pension och får delges det av Kyrkans pension anlitat bolag för medicinsk riskbedömning. Vid dödsfall inom 3 år från teckningsdatumet av försäkringen utreds orsaken till dödsfallet där lämnade uppgifter i hälsodeklarationen tas med i utredningen. Utredningen genomförs av Kyrkans pension eller vid var tid samarbetspart för riskbedömning.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

.....
Personnummer

.....
Namnförtydligande

Kyrkans pension hanterar dina personuppgifter enligt den gällande Dataskyddsförordningen.
Du kan läsa mer om hur vi arbetar på vår hemsida www.kyrkanspension.se under Om oss/hantering personuppgifter.

Du hittar mer information på vår hemsida.