

Hälsförklaring av den försäkrade (Kontinuitetsförklaring)

Besvaras endast vid svar efter 21 dagar enligt brev.

SKRIV TYDLIGT!

Försäkrad

Namn	Personnr	Ärendenr
------	----------	----------

OBS! All vård, behandling, undersökning och kontroll liksom all sjukskrivning mer än 14 dagar i följd - efter angivet datum skall uppges. Detta gäller även sjukvårdskontakt för HIV- test eller för misstanke om HIV-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.

Frågor

Svar

Har du efter datum:		
1	Råkade ut för något olycksfall, som medfört kvarstående men eller besvär i någon form?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2	Vårdats, behandlats, undersökts eller kontrollerats på vårdcentral, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3	I övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4	Varit sjuk mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5	Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna, lämna kompletterande upplysningar här (sjukdom, skada, sjukhus, läkare, tider, behandlings- och undersökningsresultat etc).	

Underskrift

Jag intygar att uppgifterna i denna hälsförklaring är fullständiga och sanna och att jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att Futur Pension får vidarebefordra information till sitt återförsäkringsbolag samt att mina person-uppgifter får sparas i Futur Pensions försäkringssystem.		
Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande