

# Hälsodeklaration ITP 1

## Försäkrad

Namn	Personnummer
Telefon dagtid	E-post

## Hälsokrav - för dig som väljer återbetalningsskydd och/eller familjeskydd

### Hälsodeklaration

Har du under de tre senaste åren behandlats eller kontrollerats för sjukdom, skada eller handikapp?

Ja  Nej

Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd?

Ja  Nej

Har du svarat JA på någon av frågorna ovan ska du lämna kompletterande uppgifter om (A) vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller, (B) när du varit sjuk eller sjukskriven samt (C) namn och adress till den läkare eller den avdelning och det sjukhus du har besökt. Använder du någon receptbelagd medicin ska du lämna namnet på denna. 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 ger du ditt medgivande att de uppgifter du lämnat om ditt hälsotillstånd får delges det återförsäkringsbolag som PP Pension anlitar. Uppgifterna kommer att användas för att behandla din ansökan eller för att bedöma försäkringens giltighet i framtiden.

### Kompletterande uppgifter

A Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?

B När var du sjuk? Från och med: till och med:  Tillsviare

C Ange namn och adress till den läkaren eller avdelning och den vårdinrättning du besökt. Använder du någon receptbelagd medicin ska detta också anges här:

## Underskrift – blanketten hanteras som originaldokument och måste därför skickas in per post

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Posta till PP Pension på nedan adress.