

2. Använder du receptbelagd medicin?

Du behöver inte svara "Ja" för p-piller eller antibiotikabehandling i upp till 10 dagar.

 Ja Nej

Om "Ja", ange vilka receptbelagda mediciner du använder och av vilken anledning

3. Har du eller misstänker du att du har något symtom, besvär, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som du ännu inte har sökt vård för? Ja Nej

Om "Ja", beskriv dina symtom så gott du kan

4. Röker du eller har du rökt under de senaste 2 åren? Ja Nej**5. Hur lång är du och hur mycket väger du?**

Cm

Kg

Kompletterande uppgifter

Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna i fråga 1-3 behöver du lämna kompletterande upplysningar nedan.

Fyll i en kolumn för varje sjukdom/symtom eller besvär.

	Sjukdom/symtom/besvär	Sjukdom/symtom/besvär	Sjukdom/symtom/besvär
Vilken sjukdom, symtom/besvär har du eller har du tidigare haft?			
När insjuknade du/började symtomen/besvären? Ange år och månad.			
Vilken klinik eller mottagning har du haft kontakt med?			
Vilken medicinering, undersökning, behandling, kontroll eller vård har du genomgått eller ska genomgå?			
När hade du senast kontakt med vården för detta? Ange år och månad.			
Är du symtomfri nu?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Nej", vilka kvarvarande symtom/besvär har du?			
Om "Ja", när blev du symtomfri? Ange år och månad			

Glöm inte att underteckna Hälsobeskrivningen på sidan 3.

Underskrift

Hälsobeskrivningen ska skrivas under av dig som ska vara försäkrad.

Jag är medveten om att jag är ansvarig för de uppgifter som jag lämnat i denna hälsobeskrivning, att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig samt att jag inte senare kan åberopa uppgift som inte lämnats i hälsobeskrivningen.

Jag är också medveten om att såväl försäkringsgivaren som dess återförsäkringsbolag kan komma att registrera och arkivera mina ansökningshandlingar och inhämtade uppgifter.

Underskrift av den som ska vara försäkrad

Ort

Datum (år, mån, dag)

Din namnteckning

Namnförtydligande

Telefonnummer dagtid

Observera att du måste skicka in hälsobeskrivningen inom 30 dagar från undertecknandet.