

# Personuppgift med hälsodeklaration för kompletterande premier med premiefrielseförsäkring

Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

Vi registrerar personuppgifter i enlighet med vid var tid gällande dataskyddslagstiftning.

Läs mer på [avtalat.se](http://avtalat.se).

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Befattning	Anställd hos	Telefon dagtid (även riktnummer)

<b>1. Har du under de senaste tre åren behandlats eller kontrollerats för besvär/symptom, sjukdom, skada eller handikapp?</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange vilken	Sjukskrivningstid	
Anlitad läkare	Sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning	
<b>2. Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven mer än 30 dagar i följd?</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange även sjukskrivningstid	Sjukdom	
Anlitad läkare	Sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning	

## Underskrift

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att de uppgifter jag lämnat om mitt hälsotillstånd får delges samt behandlas och arkiveras av det återförsäkringsbolag som anlitas för att ta hand om hälsoprövningen.

Datum (åååå-mm-dd)	Din namnteckning
--------------------	------------------

## Våra anteckningar

<input type="checkbox"/> Accept <input type="checkbox"/> Avslag <input type="checkbox"/>	
Övriga noteringar	
Datum (åååå-mm-dd)	Namn

3960 2023.12