

Var noggrann med uppgifterna om din hälsa

För att vi ska kunna ha rätt prissättning på våra försäkringar, genomför vi alltid noggranna kontroller av de uppgifter du lämnar om din hälsa. Både då du ansöker om försäkringen och om det blir aktuellt att försäkringsersättning ska betalas ut.

Riskera inte att du eller din familj blir utan ersättning

Om du lämnar riktiga uppgifter från början, riskerar du inte att du eller dina efterlevande blir utan ersättning. Det kan nämligen hända om vi vid en granskning upptäcker att uppgifterna du lämnat inte stämmer.

Tänk på följande när du fyller i blanketten:

- besvara alla frågor själv
- ge hellre för mycket information än för lite
- gör ingen egen bedömning om upplysningen är viktig eller inte
- ta upp både tidigare och nuvarande skador/sjukdomar
- utelämna inte information som du bedömer är av känslig natur.
Du kan om du vill lämna dessa uppgifter i ett separat kuvert till oss i samband med ansökan
- kommer du senare på uppgifter som du glömt att ta upp i samband med ansökan, kontakta oss så snart du kan med dessa uppgifter
- kom ihåg att det är du själv som är ansvarig för att uppgifterna är riktiga.

Förmedlad av anställningsnummer/Clearingnummer/kod		
<input type="checkbox"/> Nyteckning	<input type="checkbox"/> Ändring	Referensnummer arbetsgivare Försäkringsnummer

Försäkrad

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefon, dagtid

Är du fullt arbetsför, det vill säga inte varit sjukskriven i mer än 30 dagar i följd de senaste tolv månaderna, kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och inte har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning, sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller beviljats vilande sådan ersättning.

Ja Nej*

*Om svaret är nej ska hälsförklarung (HPL887_1) fyllas i.

Underskrift

De uppgifter som lämnats i denna handling ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna SPP de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m m som bolagen anser sig behöva för att handlägga försäkringsansökan eller för att	bedöma skadefall eller försäkringsavtalets giltighet i framtiden. Jag medger oavsett bedömningsresultat att de uppgifter SPP erhåller om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det återförsäkringsbolag som SPP anlitar. Jag medger, oavsett bedömningsresultat, att samtliga handlingar får registreras samt arkiveras hos SPP och återförsäkringsbolaget.
Datum	Namnteckning

SPP:s noteringar

Granskat	Datum	Namn
Bedömning	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Till medicinsk riskbedömning med HPL887_1