

6	a. Bruger du lægemidler ordineret af læge eller anden behandler?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes her. Hvilke præparater? For hvad?
	b. Har du tidligere været i medicinsk behandling mere end 1 md., herunder med beroligende eller smertestillende medicin?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilke præparater? Hvornår? md/år For hvad?
7	a. Drikker du øl, vin, hedvin eller spiritus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes her. Gennemsnitlig genstande ugentligt
	b. Har du tidligere haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gennemsnitlig genstande ugentligt I hvilke perioder? md/år
	c. Modtager du eller har du modtaget behandling eller rådgivning herfor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilken behandling? I hvilke perioder? md/år
8	Har du indenfor de sidste 10 år været syg eller uarbejdsdygtig i en sammenhængende periode på 1 måned eller mere?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes her. Af hvilken årsag? Hvornår? md/år Varighed? Har der følger/gener? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hvilke?
9	Er du fuldt arbejdsdygtig?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvorfor ikke?
10	Er du fuldstændig rask?	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvorfor ikke?
11	Modtager du offentlig eller anden pension?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes her. Siden hvornår? md/år
12	Hvad er din højde og vægt?		Højde cm Vægt kg
13	Hvem er din læge?		Navn: Adresse: Postnr.: By:

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortielser har fundet sted.

Jeg giver samtykke/fuldmagt til, at Bankpension kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger der er nødvendige for en fuldstændig vurdering af den forsikringsmæssige risiko. Når supplerende helbredsoplysninger afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Bankpension ønsker det.

Oplysningerne kan indhentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, hos offentlige myndigheder samt hos andre selskaber og pensionskasser. Andre selskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring, Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i sagens behandling, kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger. Jeg giver samtykke til, at Bankpension kan videregive oplysninger, herunder personnummer og oplysninger om helbredsforhold, til behandling i Videncenter for Helbred og Forsikring (Helbred & Forsikring). Samtidigt annulleres min eventuelle tidligere tilbagekaldelse af samtykke til behandling.

Dato

CPR nummer

Underskrift

OBS! HUSK AT SKRIVE CPR NUMMER OG UNDERSKRIVE PÅ BEGGE SIDER AF HELBREDSERKLÆRINGEN.