



Terveys selvitys

Vakuutetun ikä 15 v tai yli

- Tapaturmavakuutus nrot 1-8
 Henkivakuutus nrot 1-10
 Hoitokuluvakuutus nro 1-12
 Henkivakuutus pariturvana nrot 1-10
 Työkyvyttömyysvakuutus nrot 1-12

Vakuutussopimus perustuu tässä terveys selvityksessä annettuihin tietoihin. On välttämätöntä, että jokaiseen kysymykseen vastataan huolellisesti. Kysymyksiin tulee vastata myös silloin, kun hakijalla on aiemmin ollut hoitokuluja korvaava vakuutus yhtiössämme. Hakija vastaa tiedoista, vaikka toinen kirjoittaisi ne hänen puolestaan. Vastaukset eivät tule sivullisten tietoon.

Sopimustunnus

| | | |
|--|--------------------------|--|
| Vakuutettu | Nimi (sukunimi, etunimi) | Henkilötunnus |
| | Sähköpostiosoite | Puhelinnumero |
| Asuu vakituisesti Suomessa | | Voimassaoleva Kela-kortti |
| <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei | | <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei |

Hoitokuluvakuutuksen myöntäminen edellyttää voimassa olevaa Kela-korttia ja vakituista asuinpaikkaa Suomessa.

Nuoli osoittaa viimeisen kysymyksen haettaessa

Jos vastauksenne johonkin alla esitettyyn kysymykseen on 'Kyllä', antakaa 'Lisätietoja'-kohdassa tarkempi selvitys.

Kyllä Ei

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--------------------------|
| tapa- turma- va- kuu- tusta | 1 | Onko teillä tai onko teillä ollut | | | |
| | 1.1 | synnynnäinen tai muu vika tai vamma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 1.2 | jokin oire tai pysyvä tai toistuva sairaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2 | Käyttättekö säännöllisesti jotain lääkettä? Lääkkeiden nimet ja käyttötarkoitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 3 | Oletteko sairauslomalla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4 | Oletteko | | | |
| | 4.1 | työkyvyttömyyseläkkeellä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4.2 | kuntoutustuella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4.3 | yksilöllisellä varhaiseläkkeellä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Jos olette jollakin yllä mainituista eläkkeistä, liittäkää hakemukseen kopio B-lausunnosta. | | | | |
| henki- vakuu- tusta | 5 | Mikä on pituutenne, cm? | Mikä on painonne, kg? | | |
| | Kysymykset 6-11 koskevat viittä (5) viimeksi kulunutta vuotta. | | | | |
| | 6 | Oletteko ollut tutkittavana tai hoidossa? Kaikki hoidot ja tutkimukset on lisätiedot kohdassa mainittava; esim. käynnit lääkärillä tai muulla terveydenhuoltoalan ammattihenkilöllä, poliklinikalla, A-klinikalla, perheneuvolassa tai mielenterveystoimistossa tai kutsu joukkotutkimuksen jälkitarkastukseen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 7 | Todettiinko edellä mainitussa tutkimuksessa jokin seurantaa vaativa sairaus tai oire tai määrättiinkö teille lääkettä- tai muuta hoitoa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 8 | Onko teillä tai onko teillä ollut | | | |
| | 8.1 | kohonnut verenpaine tai verenpainetauti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 8.2 | kohonneet kolesteroliarvot? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 8.3 | kohonneet sokeriarvot tai diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Jos vastauksenne johonkin yllä mainittuun kysymykseen on kyllä, merkitkää niiden arvot tähän. | | | | |
| | | Verenpainearvot | Kolesteroliarvot | Pitkäaikainen veren sokeriarvo (Hba 1C) | |
| hoitoku- luku- vakuu- tusta | 9 | Oletteko tai oletteko ollut hoidettavana | | | |
| | 9.1 | alkoholin tai muun huumaavan aineen vuoksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 9.2 | mielenterveysongelmien vuoksi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 10 | Onko teillä todettu HIV-tartunta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | työkyvyttö- myysvakuu- tusta | 11 | Onko teillä tai onko teillä ollut | | |
| | | 11.1 | selkävaivoja, iskiasta, niska- tai hartiasseudun kipuja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2 | | reuma tai nivelvaivoja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11.3 | | allergisia oireita? (allergiaoireet eriteltävä) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11.4 | ihon sairaus, akne, ihottumaa tai muita iho-oireita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Lisäkysymys naisille | | | | | |
| 12 | Oletteko raskaana? Jos vastauksenne on kyllä, liittäkää mukaan kopio äitiyskortista. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Jos teillä on ylläoleviin kysymyksiin liittyvä potilaskertomus, lääkärinlausunto, tms., liittäkää siitä kopio tähän hakemukseen.

Allekirjoitus seuraavalle sivulle

