



## Terveys selvitys

Vakuutetun ikä 15 v tai yli

**Pohjola maksaa postimaksun puolestasi, kun lähetät täytetyn ja allekirjoitetun terveys selvityksen osoitteeseen Pohjola Vakuutus Oy, Tunnus 5019075, 00003 VASTAUSLÄHETYS**

- 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 vakuutus OP-Pohjolassa. Hakija vastaa tiedoista, vaikka toinen kirjoittaisi ne hänen puolestaan. Vastaukset eivät tule sivullisten tietoon.

		Sopimustunnus
<b>Vakuutettu</b>	Nimi (sukunimi, etunimi)	Henkilötunnus
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
Asuu vakituisesti Suomessa	Voimassaoleva Kela-kortti	Vakuutuksen myöntäminen edellyttää vakituista asuinpaikkaa Suomessa. Hoitokorvauslajin myöntäminen edellyttää lisäksi voimassa olevaa Kela-korttia.
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

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           henki- vakuu- tusta           hoitokulu- vakuutusta  työkyvyttö- myysvakuu- 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	Käytättekö 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.				
	5	Mikä on pituutenne, cm?	Mikä on painonne, kg?		
	<b>Kysymykset 6-11 koskevat viittä (5) viimeksi kulunutta vuotta.</b>				
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 mielenterveys toimistossa tai kutsu joukkotutkimuksen jälkitarkastukseen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Todettiinko edellä mainitussa tutkimuksessa jokin seurantaa vaativa sairaus tai oire tai määrättiinkö teille lääkete- 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.					
	Verenpaine-arvot	Kolesteroliarvot	Pitkäaikainen veren sokeriarvo (Hba 1C)		
9	Oletteko tai oletteko ollut hoidettavana				
9.1	alkoholin tai muun huumaavan aineen vuoksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.2	mielenterveys ongelmien vuoksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Onko teillä todettu HIV-tartunta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Onko teillä tai onko teillä ollut				
11.1	selkävaivoja, iskiasta, niska- tai hartiaseudun 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"/>		
<b>Lisäkysymys naisille</b>					
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**

