

Efternamn, samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket)		Personnummer
c/o adress		Telefonnummer
Bostadsadress	Postnummer och postort	

ÖNSKAR TECKNA:

- Ignis Aurora, löpande premie med försäkringsbelopp.....
 Ignis Apollo, engångspremie med försäkringsbelopp.....

ÖNSKAR PREMIEBETALNING:

- per helår per halvår per kvartal

PREMIEBET. TILL:

- 60 år 65 år 70 år Nyteckning Tilläggförsäkring

HÄLSOTILLSTÅND (behöver ej ifyllas vid engångspremie)

1. Har du sjukersättning, sjukbidrag, sjuk/rehabiliteringsersättning, sjuk/aktivitetsersättning, arbetsskadelivränta, förtidspension eller motsvarande ersättning? Ja Nej
2. Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom, symtom, skada eller handikapp? Ja Nej
3. Använder du något läkemedel? Ja Nej
4. Har du under de senaste 5 åren vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal? Ja Nej
5. Har du under de senaste 5 åren varit sjukskriven eller av hälsoskäl inte kunnat arbeta helt eller delvis under mer än 1 månad i följd? Ja Nej
6. Vänligen uppgi aktuell längd och vikt. Längd i cm: _____ Vikt i kg: _____

Om du besvarat någon av frågorna ovan med ja, lämna kompletterande upplysningar nedan (alla följdfrågor måste besvaras). Samtliga sjukdomar, skador och behandlingar ska uppges, liksom sjukskrivningar på mer än 1 månad i följd.

Vilken sjukdom, symtom, skada eller handikapp gäller det? Vad var orsaken till undersökningen?

När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?

Vilken vårdinrättning, läkare eller annan vårdgivare har anlitats? Ange namn på vårdcentral, sjukhus, klinik och fullständig adress.

Vilken behandling har du fått (medicinering, operation etc)?

Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?

Är du symptomfri? Om ja, sen när? Om nej, vilka besvär kvarstår?

Jag önskar att min begravning skall ombesörjas av:

.....

begravningsbyrå enl. efterlevandes val

De uppgifter som du lämnat i denna hälsoförklaring ska ligga till grund för försäkringsavtalet.

Ort

Datum

.....

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt. Jag medger att de uppgifter jag lämnat får delges det återförsäkringsbolag (Sweden Re filial till SCOR Global life SE) som Ignis-Funébris Försäkringsförening anlitar.

Egenhändig namnteckning

(för minderårig målsmans namnteckning)