

Vakuutusnottajan nimi		Vakuutusnottajan henkilötunnus	
Vakuutettavan nimi	Vakuutettavan henkilötunnus	Sopimusnumero	

Vakuutussopimus perustuu tämän terveys selvityksen tietoihin. Vakuutan seuraavat seikat terveydestäni. Kaikki kysymykset koskevat viittä (5) viimeksi kulunutta vuotta.

<p>Onko sinulla tai onko sinulla ollut</p> <p>1. sydämen tai verenkiertoelinten sairaus (esim. rytmihäiriöitä, kipua tai puristavaa tunnetta rinnassa, kohonnutta verenpainetta, kohonneita veren rasva-arvoja)?</p> <p>2. aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai ohimenevä aivoverenkierron häiriö (TIA)?</p> <p>3. diabetes?</p> <p>4. suoliston, maksan tai haiman sairaus?</p> <p>5. munuaissairaus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	<p>Jos vastaat kysymykseen kyllä, kerro ao. kentissä mikä sairaus tai oire, milloin alkanut, onko parantunut ja jos on, niin milloin parani. Kerro myös viimeisin hoitopaikka ja toimipiste.</p>
<p>Onko sinulla tai onko sinulla ollut</p> <p>6. hoitoa vaatinut mielenterveysongelma?</p> <p>7. keuhkojen sairaus (esim. astma, keuhkohtauma)?</p> <p>8. neurologinen (hermoston) sairaus, uniapnea tai lihassairaus?</p> <p>9. hepatiitti, AIDS tai HIV-tartunta?</p> <p>10. reuma- tai sidekudossairaus?</p> <p>11. sairaalahoitoa vaatinut koronavirustauti (Covid-19) tai pitkittynyt koronavirustauti (LongCovid)?</p> <p>12. syöpä, pahanlaatuinen kasvain, pahanlaatuinen verisairaus tai kyseisiin sairauksiin liittyviä seurantakäyntejä?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	
<p>Naisille:</p> <p>13. gynekologinen sairaus tai rintarauhasen sairaus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	
<p>Miehille:</p> <p>14. eturauhasen sairaus?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	
<p>15. Oletko ollut hoidettavana tai tutkittavana alkoholin käytön vuoksi?</p> <p>16. Oletko käyttänyt huumeita tai dopingaineita?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	
<p>17. Oletko työkyvyttömyyseläkkeellä tai saatko kuntoutustukea?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	
<p>18. Pituus ja paino</p> <p>Pituus (cm) _____ Paino (kg) _____</p>	
<p>19. Oletko tupakoinut useammin kuin kerran kuukaudessa edeltävän vuoden aikana?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</p>	

Suostumus

Suostun siihen, että LähiTapiola ilmoittaa vakuutusnottajalle terveydentilastani mahdollisesti johtuvat rajoitukset tai sen, että vakuutusta ei voida myöntää.

Valtuutus

Ilmoitan suostuvani siihen, että vakuutettavaa tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat vakuutusasian käsittelemistä varten tarpeellisia vakuutetun terveydentilaa koskevia henkilötietoja sille LähiTapiola-ryhmään kuuluvalla vakuutusyhtiölle, josta vakuutusta on haettu.

Tarvittavien tietojen hankkimiseksi kyseinen vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille vakuutetun terveydentilaa, vahingon tapahtumaa ja vakuutusta koskevia yksilöityjä tietoja.

Allekirjoitus	Paikka ja aika	Vakuutettavan allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------------	----------------	---