

Ifylls av ägare/delägare

Avtalsnummer 950	
Den försäkrades namn	Personnummer


Hälsodeklarationen ska fyllas in personligen av ägare/delägare som är verksamma i företaget. Med ägare/delägare menas ägare av handelsbolag eller kommanditbolag, eller aktieägare som ensam eller tillsammans med annan aktieägare som är make, förälder eller barn till denne äger minst en tredjedel av aktierna i aktiebolaget. Hälsodeklarationen ska även fyllas i av VD om denne har en annan försäkringslösning än de anställda.

1. Är du fullt arbetsför? (D v s du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och har inte till någon del sjuklön från din arbetsgivare och/eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om du varit arbetsförmögen mer än 15 dagar i följd under de senaste tre månaderna före anställningens starttidpunkt anses du inte heller vara fullt arbetsför.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare (t ex sjuksköterska, sjukgymnast, naprapat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange tidpunkt och anledning till undersökningen, vården, behandlingen eller kontrollen.	
Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress	
3. Använder du någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilka mediciner och av vilken sjukdomsorsak, samt namn och adress till den läkare som ordinerat dessa.	
4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken sjukdom/skada/handikapp det gällde och vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit sjukbidrag/tidsbegränsad sjukersättning, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande (fr o m – t o m).	
5. Ange din längd och vikt	Längd cm Vikt kg
6. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan innebära att försäkringen är ogiltig och bliwa fritt från ansvar för försäkringsfall.

Jag medger att läkare, sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, intyg mm som Bliwa eller det återförsäkringsbolag Bliwa anlitar, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden. Bliwa är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen (PuL) för behandling av dina personuppgifter. Bliwa behandlar dina personuppgifter på det sätt som PuL och Bliwas etiska regler kräver för de ändamål som anges i förköpsinformationen. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter.

Ort och datum	Telefon (även riktnr) bostad	dagtid
Den försäkrades underskrift		

	Försäkringsgivare: Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt Box 5125 102 43 STOCKHOLM orgnr: 502006-6329 Tfn 08-696 22 80
---	--