

Hälsodeklarationen ska fyllas i 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 1/3 del av aktierna i aktiebolaget. Hälsodeklarationen ska även fyllas i av VD om denna har en annan försäkringslösning än de anställda. Kompletteringar lämnar du på blankettens baksida. Det är viktigt att du besvarar varje fråga.

FÖRSÄKRAD

Namn

Personnummer

HÄLSODEKLARATION

1. Är du fullt arbetsför?

För att anses som fullt arbetsför ska du kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Om du till någon del är sjukskrivnen, har beviljats sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande. Om du har beviljats vårdbidrag, har en lönebidragsanställning eller om du av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete, anses du inte heller vara fullt arbetsför.

Ja 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 sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)?
Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.

Ja Nej

3. Använder du någon receptbelagd medicin?
Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.

Ja Nej

4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd?
Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.

Ja Nej

5. Ange din längd och vikt

cm

kg

6. Är du rökare?

Om du tidigare varit rökare, vilket år slutade du att röka?

årtal

Ja

Nej

HÄLSODEKLARATION

kompletterande uppgifter

| | |
|---|--|
| <p>Komplettering avseende fråga nr:</p> <p>Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts?</p> <p>Ange tidpunkt?</p> <p>Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik?</p> <p>Är du helt återställd och utan besvär. Om ja, ange sedan när?</p> <p>Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?</p> | |
| <p>Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.</p> | |
| <p>Ange vilken sjukdom/skada/handikapp som sjukskrivningen gällde för och vilka tider du har varit sjukskriven eller haft tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning.</p> | |

Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen och Bliwas etiska regler. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Fullständig information om hur och för vilka ändamål Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida www.bliwa.se och i försäkringsvillkoren.

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Namnteckning |
|-------|--------------|