

Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av den anställda. Vid en anmäld höjning av den pensionsmedförande lönen med mer än 30 procent per år ska du besvara samtliga frågor. Ägare/delägare ska fylla i hälsodeklarationen vid en höjning med mer än 10 procent per år, vilket också gäller VD om denne har annan försäkringslösning än de anställda. Det krävs att Bliwa godkänner hälsodeklarationen för att höjningen ska ligga till grund för en höjning av försäkringsbeloppet. Du måste alltid skriva under hälsodeklarationen. Om utrymmet inte räcker, var god fortsatt på blankettens baksida. Alla frågor måste besvaras.

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 sjuk-skriven, har beviljats sjuk-lön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersätt-ning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilan-de tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadeliv-räntan är vilande. Om du har beviljats vårdbidrag, har en löne-bidragsanställning 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, kontrol-lerats 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 sjukskri-ven 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 avseendefråga 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 av den som skall vara försäkrad

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
-------	--------------