

Hälsodeklaration krävs då företaget ansluter färre än 5 individer till AI Tjänstepension och ska fyllas i personligen av dig som anställd eller ägare/delägare. Vid en anmäld höjning av den pensionsmedförande lönen med mer än 20 procent per år krävs hälsodeklaration. Det krävs att bliwa godkänner hälsodeklarationen för att höjningen ska ligga till grund för en höjning av försäkringsbeloppet. Kompletteringar lämnar du på blankettens baksida. Det är viktigt att du besvarar varje fråga och skriver under.

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 sjukskriven, 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.

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?

Ja Nej

A26 20180104

HÄLSODEKLARATION

kompletterande uppgifter

<p>Komplettering avseende fråga nr:</p> <p>Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts?</p> <p>Ange datum för ovanstående?</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 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 Dataskyddsförordningen. Fullständig information om hur Bliwa behandlar dina personuppgifter finns på Bliwas hemsida www.bliwa.se.

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