

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. Vid en anmäld höjning av den pensionsmedförande lönen med mer än 20 procent per år krävs hälsodeklaration, 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. 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

20180223

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

årtal

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 värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På www.bliwa.se/Om-Bliwa/Behandling-av-personuppgifter kan du läsa mer om hur Bliwa behandlar dina personuppgifter. Där kan du även läsa om vilka rättigheter du har gentemot oss. Om du hellre vill ha informationen hemskickad till dig ber vi dig kontakta Bliwa. Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt, Box 5125, 102 43 Stockholm. Telefon 08-696 22 80. E-post kund@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
-------	--------------