



Läkarutlåtande

Därför är uppgifterna om din hälsa så viktiga

För att kunna ge dig en bra försäkring som fungerar om något skulle hända dig i framtiden behöver Bliwa veta hur din hälsa är och har varit. Du kan nämligen försäkra dig mot sjukdomar och olyckor som inte går att förutse, men krämpor du redan har kan vi inte alltid ge dig en försäkring för. Istället kan du i vissa fall få en försäkring med undantag för dessa. Det är viktigt att du lämnar korrekta och uttömmande svar på våra frågor när du fyller i försäkringsansökan annars riskerar du eller dina efterlevande att bli utan försäkringsersättning om något händer.

Bliwa genomför alltid noggranna kontroller av de uppgifter du lämnar om ditt hälsotillstånd. Om det finns något i din ansökan som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi kanske ytterligare information från exempelvis din läkare eller vårdcentral. När du skriver under läkarutlåtandet ger du oss fullmakt att ta del av sådan information. Alla uppgifter du lämnar till oss om din hälsa behandlar vi med största noggrannhet och försiktighet för att inte missbruka ditt förtroende.

Läs detta innan du fyller i blanketten:

1. Du ska besvara frågorna själv. Det är du som är ansvarig för att svaret på varje fråga är riktigt och fullständigt.
2. Svaren skall omfatta information både om tidigare och nuvarande skador/sjukdomar.
3. Ge ett uttömmande svar även om du är osäker på om uppgiften är viktig eller inte.
4. Om du efteråt kommer på att du glömde viss uppgift så ska du kontakta oss så snart som möjligt, för att komplettera dina uppgifter.
5. Följande prover ska ingå i läkarundersökningen om inget annat anges:
 - HIV
 - Kompletta Urinstatus
 - Blodundersökning som inkluderar Hb, Vita, Trombocyter, Elektrolyter inklusive Kreatinin, Lipider, Glukos, HbA1c, ASAT, ALAT, gamma-GT. ALP, Bilirubin, Hb och CRP
6. Läkarutlåtandet ska skickas till: Bliwa Livförsäkring, Riskbedömningsenheten, Box 13076, 103 02 Stockholm

Bliwa

FÖRSÄKRINGSGIVARE
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Organisationsnr: 502006-6329
Box 13076, 103 02 Stockholm
Tel:08-696 22 80, www.bliwa.se

Läkarutlåtande

Använd ej blyertspenna.

De i denna blankett lämnade uppgifter blir avgörande för utformningen av kommande försäkringsavtal med sökanden. Varje fråga skall besvaras noggrant. Felaktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen är ogiltig.

Till den som skall försäkras (försäkringssökanden):

Fyll i blankettens första sida (del A) före läkarbesöket. Läs även igenom frågorna i avsnitt B, som skall besvaras under läkarbesöket.

Till undersökande läkare:

Läkaren bör först noga läsa sökandens svar i avsnitt A innan resterande uppgifter lämnas. Läkaren får inte göra något uttalande – till någon part – om gjorda iakttagelser och dess eventuella inverkan på riskbedömningen. Läkaren får inte stå i något som helst jävsgrundande förhållande till försäkringssökanden. Detta läkarutlåtande skall sändas direkt till försäkringsbolaget för riskbedömning.

A. SÖKANDEN: Besvara dessa frågor före läkarbesöket.

1. Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer & Ort	
Yrke/Sysselsättning			
2. Vilken vårdcentral anlitar du?	Namn	Adress	<input type="checkbox"/> Ingen
3. Erhåller du någon av följande typer av ersättningar: Sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, handikappersättning, arbetsskadelivränta eller liknande? Eller har du beviljats vilande någon sådan ersättning?			
a) Typ av ersättning	b) Sedan datum	c) Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du ett särskilt anpassat arbete (t.ex. skyddat eller lättare arbete) eller lönebidragsanställning p.g.			
a) Anpassat på vilket sätt?	b) Sedan datum	c) Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har du under de senaste 5 åren fått sjuklön, sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukbidrag, förtidspension (helt eller delvis) i mer än 14 dagar i följd? Eller har du beviljats vilande någon sådan ersättning?			
När?	Hur länge?	Orsak?	Sjukskrivande läkare
6. Är du ordinerad eller använder receptbelagt eller receptfritt läkemedel?			
Vilka?	Anledning?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Receptskrivande läkare			
7. Har du genomgått genetiskt test enligt definitionen på nästa sida punkt B?			
Om "Ja", Resultat?			
Var gjordes undersökningen? (Läkare, sjukvårdsinrättning, adress)			
Har någon av dina föräldrar eller något av dina syskon avlidit i sjukdom före 65 års ålder?			
Vem?	Avled vid ålder:	Dödsorsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

Information om genetisk undersökning och genetisk information

A. Lag

Genom lagen om genetisk integritet m.m. som trädde i kraft har den enskilde fått ett förbättrat integritetsskydd genom att användning av genetiska undersökningar och genetisk information utanför hälso- och sjukvården förbjudits i stor utsträckning.

B. Genetisk undersökning och genetisk information

Med genetisk undersökning avses:

En undersökning inom hälso- och sjukvården eller medicinsk forskning genom olika analysmetoder eller genom inhämtande av upplysningar om hans eller hennes biologiska släktingar för att ge upplysningar om en människas arvs massa.

Med genetisk information avses:

Information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte till den del informationen endast innefattar upplysningar om den undersöktes aktuella hälsotillstånd.

C. Förbudet

Ingen får utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andre parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Inte heller får någon enligt lag, i samband med ett avtal, efterforska eller använda genetisk information.

D. Begränsningar av förbudet för försäkringsbranschen

Fr.o.m. den 1 januari 2007 gäller vissa undantag från förbudet för riskbedömd personförsäkring. Undantaget innebär att ett försäkringsbolag får efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av försäkringsavtal om den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som ska utfalla vid försäkringsfall överstiger 30 prisbasbelopp som engångsbelopp eller 4 prisbasbelopp som periodisk ersättning.

Med försäkringsbelopp avses totalt riskbedömt försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar i ett och samma försäkringsbolag.

B. SÖKANDEN. Besvaras inför undersökande läkare

Om någon fråga under punkt 8 besvaras med "Ja" ska följande tilläggsuppgifter lämnas: Sjukdomens art, datum för insjuknande, varaktighet, förlopp, erhållen behandling, eventuella återfall samt datum för tillfrisknande (symtomfrihet). Vid kvarstående men eller besvär skall dessa anges. Vidare anges behandlande läkare med fullständig adress samt i förekommande fall behandlande sjukhus, klinik, mottagning (med, kir etc). Samtliga sjukdomar, skador, kroppsfel och handikapp ska anges.

8. Har du eller har du tidigare haft:	Noteringar
a) Hjärtsjukdom, tryckkänsla över bröstet, bröstsmärtor (kärlkramp), svullna ben, hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet, andfåddhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
b) Förhöjt blodtryck (ange värden), hjärnblödning, cirkulationsstörning i hjärnan, kärlsjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
c) Astma eller annan lungsjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
d) Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan, hepatit, (gulst)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
e) Äggvita eller socker i urinen, diabetes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
f) Sjukdomar i njurarna eller urinvägarna, prostatabesvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
g) Ledgångsreumatism, annan sjukdom eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
h) Ischias, diskbråck, besvär från rygg, ben, nacke eller armar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
i) Tumörer, sjukdom i lymfkörtlarna, blodsjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
j) Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet, yrsel, svimningsanfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
k) Nervositet, sömnlöshet, psykisk sjukdom, psykiska besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
l) Ögon- eller öronsjukdom, syn- eller hörselnedsättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
m) Hudsjukdom, eksem eller andra allergiska besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
n) Struma, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbnig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
o) Sjukdom i underlivsorgan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
p) Annan långvarig eller allvarlig sjukdom, kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
9. a) Har du drabbats av kroppsskada eller sjukdom i samband med alkoholkonsumtion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
b) Har du haft alkoholproblem? Har du behandlats av läkare/terapeut eller vårdats på behandlingshem för sådana problem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<i>Ange anlitad läkare/terapeut.</i> c) Har du någon gång använt narkotika? <i>I så fall ange vilken form av narkotika och under vilken tid. Ange senaste tillfället och eventuell anlitad läkare/terapeut eller behandlingshem.</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
10. Har du lämnat blodprov för HIV-test? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Om "Ja" ange provsvar, när och var provet togs samt läkarens namn.</i>	
11. Har du under de senaste fem åren behandlats eller undersökts på annan sjukvårdsanstalt eller av annan läkare eller sjukvårdspersonal än som angivits ovan? Om Ja, ange orsak och tidpunkt? Vid sjukhusvård, ange klinik respektive mottagning (med, Kir etc) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
12. Röker du? Har du rökt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Om du slutat röka, ange år/månad då du slutade.</i>	

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

Fortsättning: B. SÖKANDEN. Besvaras inför undersökande läkare

Sökandens underskrift. Skall ske i läkarens närvaro.	
<p>Var vänlig kontrollera att samtliga frågor har besvarats.</p> <p><i>Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen är ogiltig.</i></p> <p><i>Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På www.bliwa.se/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.</i></p>	
Datum	Ort
Namnsteckning	Namnförtydligande

C. BESVARAS AV UNDERSÖKANDE LÄKARE:			
13. Vilka ID handlingar har sökanden uppvisat?			
14. Är sökanden bekant? Sedan hur länge?			
15. Ange här sökandens allmäntillstånd. Observeras fysiskt, psykiskt eller förståndshandikapp krävs en noggrannare beskrivning. Vid skolios anges gradtalet (om känt).			
16. Längd och vikt Om BMI ≥ 32 , ange midjemått, samt ta följande blodprover:	Längd: HbA1c	Vikt: Kolesterol:	Midjemått: Triglycerider:
17. Kan någon sjuklig förändring i lungorna misstänkas? I det fall tidigare lungröntgenundersökning är känd, anges resultatet här.			
18. Hjärtrytm och puls			
Karaktär på hjärtljuden (blåsljud, accent)			
Tecken på hjärtinkompensation?			
Andra tecken som kan antyda sjukdom eller onormala			
förhållanden i hjärtat? I det fall tidigare hjärtundersökning (inkl EKG och Röntgen) är känd, anges resultatet här.			
Anser du att sökanden har en organisk hjärtsjukdom?			

19. EKG-undersökning i vila med minst 3 extremitets- och 3 bröstavledningar. Ekg-undersökning utförs endast på örsäkringsgivarens begäran eller om du anser sådan undersökning vara motiverad. Bifoga i så fall Ekg-remsan.			
20. Blodtryck.	Systoliskt:	mm Hg	Hjärtfrekvens
	Diastoliskt:	mm Hg	
Vid blodtrycksstegring som misstänks vara tillfällig, upprepas mätningen efter minst 5 minuters vila. Observeras blodtrycksstegring hos överviktig person med kraftiga överarmar upprepas mätningen med bred manschett. Om sökanden enligt egen uppgift använder			
blodtryckssänkande medicin anges medicinens namn, dos samt hur länge medicineringsen pågått.			
Om du känner till resultaten av tidigare blodtrycksmätningar och eventuell blodtryckssänkande behandling, ange detta.			
21. Kan åderbräck eller annan sjukdom i det perifera kärlsystemet konstateras?			
22. Urinundersökning:			
a) Äggvita? (Misstänks ortostatisk äggvita undersöks även morgonurinen)			
b) Socker?			
c) Blod?			
d) Bakterier?			
23. Lever- eller mjältförstoring?			
Andra sjukdomstecken från bukhålans organ? Bräck?			
24. Könns- eller underlivsorganen samt bröstkörtlarna: Misstänkta sjukdomstillstånd?			
25. Syn- eller hörselrubbingar? Ange grad av rubbing. Vid myopi av minst sex dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet. Finns tecken på progressiv ögonsjukdom?			
26. Rubbingar i andra sinnesorgan?			
27. Sjukliga förändringar i huden?			
28. Svullna lymfkörtlar?			
29. Sjukdomstecken från rygg, ben och leder: Har ledsymtom förekommit under de senaste två åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange SR
30. Finns anledning att misstänka			
a) Sjukdom i nervsystemet			
b) Psykisk sjukdom			
c) Missbruk – pågående eller tidigare – av alkohol, narkotika, sömnmedel eller dylikt.			
31. Kan några omständigheter eller symtom kopplas till HIV-smitta, AIDS-relaterat tillstånd eller AIDS? (Här bör bland annat beaktas riskbeteende, tidigare hepatit B, syfilis eller annan könssjukdom, amöbadysenteri, upprepade infektioner av oklart slag, långvariga diarréer, kraftig vikt förlust, nattsvett, oförklarad feber, svullna lymfkörtlar, svampsjukdom, hud- och nagelförändringar.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
32. HIV-test skall ingå om inget annat anges. Bifoga provsvar, alternativt datum för provtagning och resultat.			

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

33. Andra besvär. Har sökanden för närvarande några besvär av sådan sjukdom som ej uppgivits i det föregående?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
34. Om Ja, ange sjukdom och vilka besvär.	
Känner du i övrigt till något om sökanden som kan påverka bedömningen av dennes försäkringsansökan?	
35. Sammanfattande bedömning av sökandes hälsotillstånd. Om du anser ytterligare undersökning önskvärd, ange detta.	
36. Anser du att den sökande f.n. är fullt frisk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
37. Anser du att ytterligare undersökning är önskvärd ? Om "Ja", ange vilken/vilka	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift av legitimerad läkare

Jag bekräftar härmed att sökanden inför mig besvarat frågorna under avsnitt B i detta utlåtande samt därunder egenhändigt tecknat sitt namn och att jag själv efter bästa förmåga besvarat ovanstående till mig ställda frågor under avsnitt C.

Datum	Namnstämpel:
Namn-teckning	
Personnummer	

Försäkringsgivarens anteckningar:

Sökandens personnr:	Sökandens signatur:
---------------------	---------------------