



Bliwa

FÖRSÄKRINGSGIVARE

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt

Organisationsnr: 502006-6329

Box 13076, 103 02 Stockholm

Tel: 08-696 22 80, www.bliwa.se

Hälsodeklaration

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 hälsodeklaration som kan ha betydelse för försäkringen behöver vi kanske ytterligare information från exempelvis din läkare eller vårdcentral. Alla uppgifter du lämnar till oss i din hälsodeklaration 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. Hälsodeklarationen ska skickas in till Bliwa Livförsäkring, Riskbedömningsenheten, Box 13076, 103 02 Stockholm.

HAR DU FRÅGOR ELLER VILL VETA MER

kund@bliwa.se eller 08-696 22 80



Hälsodeklaration

Använd inte blyertspenna när du fyller i hälsodeklarationen

| | |
|-----------------|-----------------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Telefon, dagtid | Titel/arbetsuppgifter |

| | |
|--|---|
| 1. Ange din längd och vikt | Längd cm Vikt kg |
| 2. Är du rökare? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange hur mycket per dag: Om du tidigare varit rökare ange vilket år du slutade: |
| 3. Går du för närvarande på, eller har du under någon tid under de 5 senaste åren gått på hälsokontroll? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Ange anledningen till hälsokontrollerna: Resultat <input type="checkbox"/> Utan anmärkning <input type="checkbox"/> Annat: Läkarens namn och adress: |
| 4. Använder du något receptbelagt läkemedel? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange Vilka läkemedel: Orsak: Dosering: |
| 5. Har du varit bosatt i Norden de senaste 2 åren? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Nej under vilken tid: |
| 6. Har du lämnat blodprov för HIV-test? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange När: Var: Resultat: <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV smitta) |
| 7. Uppbär du f.n någon ersättning av typen sjuklön, sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning (även vilande eller tidsbegränsad), arbetsskadelivranta, handikappsersättning eller liknande ersättning? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange Typ av ersättning: Datum sedan den erhållits: Orsak: |
| 8. Har du beviljats vårdbidrag, har lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått anpassat arbete? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange Typ av ersättning: Datum sedan den erhållits: Orsak: |
| 9. Har du varit sjukskriven, helt eller delvis, de senaste fem åren under mer än 14 dagar i följd? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ange Under vilken/vilka tidsperiod(er): Orsak: |

Personnummer

Har du eller har du under de senaste 10 åren haft:

Om du svarar Ja på någon av följande frågor måste du fylla i kompletterande svar på sida 6, Följdfrågor. Om du behöver mer plats att skriva på kan du använda baksidan av häftet.

| | | |
|--|--|---|
| 10. Högt blodtryck? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange Blodtrycksvärde Mätdatum, år och månad: 1. 2. 3. Vilket år konstaterades högt blodtryck: |
| 11. Medicinerar du mot högt blodtryck? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange vilken/vilka mediciner och dosering: |
| 12. Blodpropp? Stroke? Kärlsjukdom? Aneurysm? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 13. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 14. Astma eller annan lungsjukdom? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 15. Allergiska besvär? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Typ av allergi <input type="checkbox"/> Pollenallergi <input type="checkbox"/> Pälsdjursallergi <input type="checkbox"/> Annan allergi (ange vilken): |
| 16. Snarkar du? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja har du genomgått snarkutredning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarat Ja ovan ange var: |
| 17. Hudsjukdom eller eksem? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 18. Psoriasis? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja har detta orsakat ledbesvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 19. Reumatisk sjukdom? Annan sjukdom, förslitning, besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 20. Ischias, diskbråck, ryggbesvär eller andra besvär från ben, nacke eller armar? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange varifrån, t.ex. nacke, bröst-, ländrygg eller annat: |
| 21. Sjukdom eller besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller liknande vårdgivare? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange Antal behandlingar: År/månad för första och senaste behandlingen: |
| 22. Struma, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbnig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 23. Infektionssjukdom (t.ex. TBC eller gulsot) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

Personnummer

| | | |
|---|--|--|
| 24. Har du Diabetes Mellitus? (d.v.s. Sockersjuka) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange Datum då diabetes konstaterades: Den behandling du får: |
| 25. Äggvita eller socker i urinen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 26. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 27. Sjukdom/besvär i underlivsorgan | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 28. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottskörtel eller annat bukorgan? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 29. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlar? Blodsjukdom? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 30. Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Yrsel, Svimningsanfall? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 31. Psykiska besvär? Sömnrubbnings? Psykisk sjukdom? Depression? Utbrändhet, andra stressrelaterade symptom? Kontakt med psykolog, psykoterapeut eller psykiatriker? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 32. Alkoholproblem, läkemedelsmissbruk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| 33. Ögonsjukdom? Synnedsättning? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange sjukdomen eller skadan samt vilket öga som avses: <input type="checkbox"/> Närsynt <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster Vid närsynthet om minst 8 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet: (om du är osäker, bifoga ditt senaste glasögonrecept) |
| 34. Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange skada/sjukdom, vilket öra som avses samt grad av hörselnedsättning: <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster |
| 35. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom, besvär eller symptom än vad som avses ovan? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja ange vilken/vilka: |

Personnummer

Följdfrågor

OBSERVERA:

Om du svarat Ja på någon av frågorna 10-35 ska du lämna kompletterande upplysningar nedan. Om du behöver mer plats att skriva på kan du använda baksidan av häftet.

Svaret avser fråga nr:

Svaret avser fråga nr:

Svaret avser fråga nr:

| | | | |
|--|--|--|--|
| Uppge sjukdom, skada, handikapp eller symtom. Uppge även var på kroppen samt om vänster eller höger kroppshalva avses. | | | |
| När började symptomen eller besvären? | | | |
| Ange vilken eller vilka tidsperioder du varit helt eller delvis sjukskriven, år och månad. | | | |
| Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik. | | | |
| Vad var anledningen till undersökningen? | | | |
| Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den? | | | |
| Vilken vård eller behandling har du fått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc.) | | | |
| Ska du på återbesök? I så fall ange datum för detta. | | | |
| Är du helt återställd och utan besvär? Om Ja sedan när? | | | |
| Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symptom som kvarstår. Besväras du av detta i ditt arbete? | | | |

Frågor om genetisk test och familjeupplysning

Om ditt totala försäkringsbelopp för sökta försäkringar och redan tecknade försäkringar överstiger de gränser vilka uppges på informationsbladet punkt D "Begränsning av förbudet", sidan 7, skall frågorna 36 och 37 besvaras.

| | | |
|---|--|--|
| 36. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja uppge resultat: |
| 37. Har någon av dina föräldrar eller någon av dina syskon avlidit i sjukdom före 65 års ålder? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om du svarat Ja uppge Vem: Ålder samt: Dödsorsak: |

Underskrift av den som ska försäkras

Var vänlig kontrollera att samtliga frågor har besvarats

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen är ogiltig.

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.

| | |
|-------------------|--------------|
| Ort och Datum | Personnummer |
| Underskrift | |
| Namnförtydligande | |

Bliwas noteringar

| |
|-------------|
| Bedömningar |
|-------------|

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 som syftar till att ge upplysning 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 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 per år som periodisk ersättning.

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