

Kontinuitetsförklaring

Fylls i av den försäkrade

Namn	Personnummer
Denna förklaring avser tiden fr o m	Avtalsnummer

Har du efter ovanstående datum

1. råkat ut för sjukdom eller olycksfall, som medfört kvarstående men eller besvär i någon form?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3. i övrigt anlitat läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4. varit sjukskriven helt eller delvis i mer än 14 dagar i följd eller uppbär du sjuklön/är du sjukskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Om du svarat ja på någon av frågorna 1-4 ska frågorna nedan besvaras:

5a. Vilken sjukdom, skada eller besvär gäller det?
5b. Under vilken/vilka perioder var du sjuk?
5c. När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?
5d. Var eller hos vem har du undersökts, kontrollerats eller behandlats? Ange klinik, mottagning, avdelning:
5e. Vilken undersökning, kontroll eller behandling har du genomgått?
5f. Vad blev resultatet av undersökningen, kontrollen eller behandlingen?
5g. Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?

Behandling av personuppgifter

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.

Underskrift av den försäkrade

De uppgifter jag lämnat på denna kontinuitetsförklaring ska tillsammans med tidigare inlämnade handlingar ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen är ogiltig.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Försäkringsgivare

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt,
Box 13076 103 02 STOCKHOLM
orgnr: 502006-6329
Tfn 08-696 22 80