

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. När du skriver under hälsodeklarationen ger du oss fullmakt att ta del av sådan information. 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. Om du inte varit kontinuerligt folkbokförd i Norden under de senaste två åren skall du kontakta försäkringsförmedlaren innan du fyller i hälsodeklarationen.
6. Hälsodeklarationen ska skickas in till Bliwa Livförsäkring, Riskbedömningsenheten, Box 5125, 102 43 Stockholm.

10. 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 "Ja" ange orsak och tidsperiod(er):
11. Har du eller har du tidigare haft särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning p.g.a. hälsoskäl?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange anledning och tidsperiod(er) då du haft sådant arbete:

Har du eller har du tidigare haft (oavsett när):	(Har du svarat "Ja" på någon av följande frågor kompletteras svaret på sid 6, Följdfrågor. Om du behöver mer plats att skriva på, använd baksidan.)		
12. Högt blodtryck? Om "Ja", ange de tre senaste uppmätta blodtrycksvärdena till höger, samt tidpunkter för dessa.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange blodtrycksvärde:	Mätdatum, år/månad:
		1.	
		2.	
		3.	
		Vilket år konstaterades högt blodtryck?	
Medicinerar du mot högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange vilken/vilka mediciner och dosering:	
13. Blodpropp? Hjärnblödning? Kärlsjukdom? Åderbräck på annat ställe än ben?	<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		
14. Åderbräck på ben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
15. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet? Andfåddhet?	<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		
16. Astma eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
17. Allergiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Pollenallergi <input type="checkbox"/> Pälsdjursallergi <input type="checkbox"/> Annan allergi, ange vilken	
18. Snarkar du? Om "Ja", besvara de två nedanstående frågorna. Får du andningsuppehåll vid snarkning? Lider du av dagtrötthet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
19. Hudsjukdom eller eksem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
20. Psoriasis? Om "Ja" har detta orsakat ledbesvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

21. Reumatisk sjukdom? Annan sjukdom, förslitning, besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
22. Ischias, diskbräck, ryggbesvär eller andra besvär från ben, nacke eller armar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange varifrån, t.ex. nacke, bröst-, ländrygg eller annat:
23. Sjukdom eller besvär som behandlats av sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, akupunktör eller liknande vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange antal behandlingar samt år/månad för första resp. senaste behandling:
24. Struma, hormonell sjukdom eller ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
25. Infektionssjukdom? (t ex TBC eller gulsot)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
26. Har du Diabetes Mellitus? (d.v.s. sockersjuka)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange datum då diabetes konstaterades samt den behandling du får:
27. Äggvita eller socker i urinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
28. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
29. Sjukdom/besvär i underlivsorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
30. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottkörtel eller annat bukorgan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
31. 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	
32. Epilepsi, krampanfall, förlamning eller annan sjukdom i nervsystemet? Yrsel? Svinningsanfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
33. Psykiska besvär? Sömnrubbnig? Psykisk sjukdom? Utbrändhet, andra stressrelaterade symtom? 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	
34. Alkoholproblem, läkemedelsmissbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
35. Har du fått sjukvård eller annan vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
36. Har du använt narkotika, dopingpreparat? Har du överkonsumerat läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" ange typ av preparat, under vilken tid, samt det senaste tillfället:

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

<p>37. Ögonsjukdom? Synnedsättning?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Om "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"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger</p> <p>Vid närsynthet om minst 6 dioptrier på något av ögonen, ange dioptritalet: Om du är osäker, bifoga senaste glasögonrecept.</p>
<p>38. Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Om "Ja" ange skada/sjukdom, vilket öra som avses samt grad av hörselnedsättning. <input type="checkbox"/> Skada <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger</p>
<p>39. Har du behandlats eller undersökts för annan sjukdom, besvär eller symtom än vad som avses ovan?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Om "Ja" ange vilken/vilka.</p>
<p>40. Har du – utöver vad som angivits ovan – andra symtom, besvär eller smärtor som kan tyda på, eller gör att du misstänker, sjukdom eller kroppsfel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Om "Ja" ange vilka symtom.</p>

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

Följdfrågor

OBSERVERA:

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 12 – 40 ska du lämna kompletterande upplysningar nedan. Även baksidan kan användas.

	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 symtomen eller besvären?			
Ange vilken eller vilka tidsperioder du varit helt eller delvis sjukskriven. År och månad.			
Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkares 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 symtom som kvarstår. Besväras du av detta i ditt arbete?			

Sökandens personnr:

Sökandens signatur:

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 8, skall frågorna 45 och 46 besvaras.

41. Har du genomgått någon form av genetisk undersökning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja" uppge resultatet:
42. Har någon av dina föräldrar eller något av dina syskon avlidit i sjukdom före 65 år ålder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "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.

Jag intygar att jag har varit bosatt i Norden under de två senaste åren.

Information enligt personuppgiftslagen (PuL)

Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter på det sätt som PuL och Bliwas etiska regler kräver. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Fullständig information om hur Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida www.bliwa.se.

Datum

Ort

Namnteckning

Namnförtydligande

Försäkringsbolagets 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 lämnar 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.