

Anmälan om olycksfall eller sjukdom barn

Bliwa

Avtalsnummer

Arbetsgivarens/föreningens namn

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 5125 102 43 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80

Personuppgifter

Gruppmedlemmens namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Namn på försäkrat barn	Personnummer på försäkrat barn	
Är gruppmedlemmen barnets biologiska förälder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Uppgifter om olycksfallet (besvaras endast vid olycksfall)

När inträffade olycksfallet? Ange datum och klockslag	Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skolan <input type="checkbox"/> På väg till/från skolan fritidshem/daghem <input type="checkbox"/> På fritiden
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp, och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Datum när läkare anlätades	Läkarens namn och adress
Ange namn och adress på läkare som sköter barnet nu (om annan än ovan)	
Om barnet har vårdats på sjukhus, ange sjukhusets namn	Period då barnet vårdats på sjukhus
Befaras framtida invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om barnet tidigare skadat denna kroppsdel, ange när och på vilket sätt.	

Besvaras vid tandskada (OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning)

Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade Mjölktänder Permanenta tänder

Uppgifter om sjukdomen (besvaras endast vid sjukdom)

Sjukdomens namn	När märktes de första symptomen?
Datum när läkare anlätades	Läkarens namn och adress
Ange namn och adress på läkare som sköter barnet	
Vilken barnvårdscentral/skola tillhör/tillhörde barnet?	
Om barnet har vårdats på sjukhus ange sjukhusets namn	Period då barnet vårdats på sjukhus
Om barnet tidigare lidit av liknande sjukdom. Ange tidpunkt, läkare och medicinsk behandling	
Om barnet är helt återställt, ange datum	
Om försäkringskassan har beviljat vårdbidrag, ange nivå (100%, 75%, 50% eller 25%) och tidsperiod	
Om barnet är ett adoptivbarn från annat land än Sverige, ange när barnet kom till Sverige och från vilket land	

Uppgifter om övriga barnförsäkringar (fylls endast i om du har andra barnförsäkringar)

Försäkringsgivare	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Önskemål om utbetalningssätt

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
Kontohavarens namn	Kontohavarens personnummer	

Observera! Kostnadsanspråk ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om betalning till vårdgivare/landsting. Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.

Övriga upplysningar

Behandling av personuppgifter Bliwa Livförsäkrings verksamhet är gruppförsäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen. Personuppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – så som premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Bliwa Livförsäkrings etiska regler. Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration, information och viss marknadsföring. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta vår kundtjänst. Vid beställning av utdrag ur Bliwa Livförsäkrings register skriv till: Registerutdrag, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm	Skaderegistrering För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag. Personuppgiftsansvarig för GSR är: GSR AB Box 24171 104 51 STOCKHOLM
---	--

Underskrift (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag förbinder mig att underrätta Bliwa Livförsäkring om anmält olycksfall eller sjukdom även har anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som betalats ut på grund av anmält olycksfall eller sjukdom kan krävas tillbaka, om skadan omfattats av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande)

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-post	