

Anmälan om sjuk- och olycksfall



Skickas till:

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

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/föreningens namn

Personuppgifter

Gruppmedlemmens namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Medförsäkrads namn (fylls i bara om anmälan avser medförsäkrad)	Personnummer	

Uppgifter om olycksfallet

När inträffade olycksfallet? Ange datum och klockslag	Var inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I arbetet <input type="checkbox"/> På väg till eller från arbetet <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 sköter dig nu (om annan än ovan)		
Om du vårdats på sjukhus, ange sjukhusets namn	Period då du vårdats på sjukhus	
Omfattas du av TFA (trygghetsförsäkring vid arbetsskada hos AFA)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är olycksfallet anmält som arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om du tidigare skadat denna kroppsdel, ange när och på vilket sätt.		

Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn	När märktes de första symptomen
Om du besökt någon vårdinrättning med anledning av dessa besvär, ange namn och adress	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarat ja, ange tidpunkt, sjukdom och sjukdomsperiod	

Uppgifter om sjukskrivning (fylls endast i om du varit sjukskriven)

Ange tidsperiod (start- och slutdatum)

Helt (100%) sjukskriven	Tre fjärdedelar (75%) sjukskriven	Halvt (50%) sjukskriven	En fjärdedel (25%) sjukskriven
Om du är fullt arbetsför nu, ange från när			
Uppbär du aktivitetsersättning/sjukersättning ? Om ja, bifoga kopia av beslutet från Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Är du berättigad till AGS/ITP-ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange din fasta månadslön	Yrke/Sysselsättning	

Uppgifter om övriga sjuk- och olycksfallsförsäkringar (fylls endast i om detta finns)

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

Önskemål om utbetalningssätt

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

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

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag förbinder mig att underrätta Bliwa Livförsäkring om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som betalats ut till mig från gruppolycksfallsförsäkringen 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	