

Anmälan om olycksfall eller sjukdom barn

Bliwa

Avtalsnummer

Arbetsgivarens/föreningens namn

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt

FE 50306

832 82 Frösön

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 barnavårdscentral/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 återställd, 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 | |

Omfattas barnet av andra försäkringar?

| | |
|---|-------------------|
| 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 <p>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.</p> | Skaderegistrering <p>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.</p> <p>Personuppgiftsansvarig för GSR är: GSR AB Box 24171 104 51 STOCKHOLM</p> |
|--|---|

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 | |