

# Anmälan om olycksfall, sjukdom eller dödsfall - Gravidförsäkring

# Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/organisationens namn

**Skickas till:**  
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
FE 50306  
832 82 Frösön

## Uppgifter gruppmedlem

Namn	Personnummer
------	--------------

## Anmälan avser

Namn	Personnummer
Relation till gruppmedlem	

## Uppgifter om graviditeten

Har graviditeten varit normal enligt kontroll av läkare eller barnmorska? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, beskriv problem	
Ange barnmorskemottagning och adress dit	Beräknat förlossningsdatum
Har mamman, någon gång behandlats eller kontrollerats för diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja: När skedde kontrollerna/behandlingen, ange år, månad och dag Var skedde kontrollerna/behandlingen, ange vårdgivare samt adress dit	

## Uppgifter om olycksfallet (besvaras endast om anmälan avser ett olycksfall)

När inträffade olycksfallet? Ange år, månad och dag	
Hur gick olycksfallet till? Ange plats och händelseförlopp	
Vilken kroppsskada blev följden	Om t ex armbrott, ange sida <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger
Datum när läkare anlätades	Ange på vilket sjukhus och avdelning samt adress dit
Ange vilken vårdgivare som behandlar barnet nu samt adress dit	

Har barnet varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ange under vilken period. Fr o m _____ t o m _____ eller <input type="checkbox"/> pågående sjukhusvistelse	
Ange på vilket sjukhus och vilken avdelning samt adress dit	
Befaras framtida invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Uppgifter om sjukdomen

Sjukdomens namn/diagnos	När märktes de första symptomen?
Datum när läkare anlätades	Ange vilken vårdgivare samt adress dit. Om flera uppge samtliga under Övriga upplysningar
Har barnet varit inlagt på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ange under vilken period. Fr o m _____ t o m _____ eller <input type="checkbox"/> pågående sjukhusvistelse	
Ange på vilket sjukhus och vilken avdelning samt adress dit	
Har mamman varit inlagd på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ange under vilken period. Fr o m _____ t o m _____ eller <input type="checkbox"/> pågående sjukhusvistelse	
Ange på vilket sjukhus och vilken avdelning samt adress dit	

### Försäkringskassan

Har Försäkringskassan beviljat vårbidrag på grund av sjukdom, olycksfall eller tillfällig föräldrapenning vid allvarligt sjukt barn. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vi har ansökt
---

Glöm inte att bifoga Försäkringskassans beslut

### Kristerapi och/eller psykologtjänster

För att ersättning ska kunna betalas ut så behöver vi få veta hos vilken legitimerad psykolog behandlingen kommer ske och behandlingskostnaden per tillfälle. Bliwa måste godkänna behandlingen/ kostnaden innan den påbörjas. Ersättning lämnas för maximalt tio behandlingstillfällen.

Beskriv besvär och omständigheter
Hos vem eller var kommer behandlingen ske samt adress dit
Kostnad per behandlingstillfälle

### Uppgifter om dödsfall

Datum för dödsfallet	Dödsorsak
----------------------	-----------

### Önskemål om utbetalning

Om anmälan avser dödsfall ska dödsboets konto anges nedan

Om anmälan avser dödfött barn ska gruppmedlemmens konto anges nedan

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
Kontoinnehavare		

**Observera!** Kostnadsanspråk ska kunna styrkas med kvitton eller motsvarande handling

## Övriga upplysningar


## Andra försäkringar

Finns gravidförsäkring hos annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange i vilket	
Är skadan anmäld dit <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja    ange ärendenummer	Har ni fått någon ersättning från det försäkringsbolaget <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

<b>Behandling av personuppgifter</b> Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På <a href="http://www.bliwa.se/personuppgifter">www.bliwa.se/personuppgifter</a> 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.	<b>Skaderegistrering</b> 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

Underskrift av försäkrad eller vårdnadshavare om anmälan avser omyndigt barn

<ul style="list-style-type: none"><li>• Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.</li><li>• Jag förbinder mig att underrätta Bliwa Livförsäkring om anmält olycksfall eller sjukdom även har anmälts till Försäkringskassan, TFA eller motsvarande.</li></ul>	
Namnteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum
Telefon	E-post