

# Anmälan om sjukdom - vuxen

# Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/föreningens namn

**Skickas till:**

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
FE 50308  
832 82 Frösön

## Personuppgifter

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

## Sjukskrivningsorsak

Sjukdomens namn (diagnos)	När märktes de första symptomen?
Datum när läkare anlätades	Läkares namn och adress
Ange namn och adress till den läkare som behandlar dig nu	
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom, ange tidpunkt, läkare och medicinsk behandling	

## Uppgifter om sjukskrivning

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 eller sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om du har varit arbetsoförmögen mer än två veckor i följd under de senaste 12 månaderna före nuvarande period, ange när	
Är du berättigad till AGS/ITP-ersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange din fasta månadslön

## Uppgifter om övriga sjukförsäkringar (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
------	----------------	-------------



## Övriga upplysningar


### Viktigt!

För att Bliwa ska kunna handlägga ditt ärende behöver du fylla i bifogad fullmakt.

<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 av den som söker ersättning

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag förbinder mig att, under "Övriga upplysningar", underrätta Bliwa om min sjukskrivning beror på en olycksfallsskada som anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.

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

## Information om fullmakt

För att vi ska kunna pröva din rätt till ersättning på rätt grunder behöver vi hämta in kompletterande hälsouppgifter från t.ex. Försäkringskassan, din läkare eller vårdcentral.

Vi vill därför att du lämnar ditt samtycke till att Bliwa får hämta in de hälsouppgifter som behövs i enlighet med fullmakten på sida 2.

**Det är viktigt att du skickar fullmakten till Bliwa så snart som möjligt för en snabb handläggning. Innan fullmakten kommit in kommer vi inte att pröva din begäran om ersättning.**

Dina hälsouppgifter hanteras konfidentiellt och behandlas i enlighet med personuppgiftslagen och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren.

Fullmakten ska undertecknas av den som skadeanmälan avser och på vars liv eller hälsa som försäkringen gäller.

### *Behandling av personuppgifter*

Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen och Bliwas etiska regler. 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 och för vilka ändamål Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida [www.bliwa.se](http://www.bliwa.se) och i försäkringsvillkoren.

### *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



## Fullmakt avseende Anmälan om sjukdom – vuxen

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt (Bliwa) behöver få in uppgifter om din hälsa för att kunna handlägga din begäran om ersättning från Sjukförsäkringen med anledning av inträffat försäkringsfall. Bliwa behöver uppgifter från:

1.  Behandlande läkare, vårdcentral, vårdinrättningar, sjukvårdspersonal, sjukhus, sjukgymnast, naprapat, psykolog eller annan privat eller offentlig sjukvårdsinrättning
2.  Försäkringskassan eller andra försäkringsinrättningar
3.  Din nuvarande eller tidigare arbetsgivare

### Fullmakt till Bliwa i samband med skadeanmälan

Jag samtycker till att Bliwa får ta del av de hälsouppgifter Bliwa anser sig behöva enligt markering under ovanstående punkt 1-3. Jag medger därför att ovan angivna uppgiftsinnehavare som markerats med ett kryss får lämna de upplysningar, journaler, intyg, utdrag ur register, tjänsteanteckningar, sjukskrivningsperioder, beslut om sjukersättning eller liknande som Bliwa, den läkare Bliwa anlitar för medicinsk bedömning eller det återförsäkringsbolag Bliwa anlitar, behöver för att handlägga och bedöma min rätt till försäkringsersättning.

Fullmakten gäller till dess att Bliwa avslutat ärendet om prövning av min rätt till försäkringsersättning eller till dess jag återkallat den eller, dock längst i 5 år från och med undertecknandet.

Jag medger att Bliwa arkiverar denna fullmakt och övriga uppgifter och handlingar som Bliwa tar del av med stöd av fullmakten under den tid som bolaget anser sig behöva på grund av försäkringsavtalslagens regler om t.ex. preskription eller på grund av försäkringsskyddets art.

---

Namnteckning

---

Ort och datum (år-månad-dag)

---

Namnförtydligande

---

Den försäkrades personnummer