

Skadeanmälan

Olycksfall eller sjukdom barn

Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/föreningens namn

Blanketten postas 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 <input type="checkbox"/> fritidshem/daghem <input type="checkbox"/> På fritiden
Ange ICD-kod (alla sjukdomar har en kod som kallas ICD-kod, denna finner du i din journal eller på ditt läkarintyg)	
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp, och övriga omständigheter	
Vilken kroppsskada blev följden?	
Datum när vårdgivare anlitas	Ange vårdgivares namn, adress och avdelning
Ange namn och adress på vårdgivare som behandlar 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 vårdgivare anlätades	Ange vårdgivares namn, adress och avdelning
Ange ICD-kod (alla sjukdomar har en kod som kallas ICD-kod, denna finner du i din journal eller på ditt läkarintyg)	
Ange namn och adress på vårdgivare som behandlar barnet nu, om annan än ovan	
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 och vårdgivare	
Om barnet är helt återställt, ange datum	
Om försäkringskassan har beviljat vårdbidrag, ange nivå (100%, 75%, 50% eller 25%) och tidsperiod	

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	