

Skadeanmälan
Olycksfall, sjukdom eller dödsfall
Gravidförsäkring

Bliwa

Avtalsnummer

Arbetsgivarens/organisationens namn

Blanketten postas 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?

Ja Nej, beskriv problem

Ange barnmorskemottagning och adress dit

Beräknat förlossningsdatum

Har mamman, någon gång behandlats eller kontrollerats för diabetes, hjärt-/njursjukdom eller högt blodtryck?

Ja 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

Vänster 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 vårdbidrag 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

Behandling av personuppgifter 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.	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

Underskrift av försäkrad eller vårdnadshavare om anmälan avser omyndigt barn

<ul style="list-style-type: none">• 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, TFA eller motsvarande.	
Namnteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum
Telefon	E-post