

Uppgifter om sjukskrivning (fylls endast i om du varit sjukskriven på grund av olycksfallet)

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			

Uppgifter om övriga olycksfallsförsäkringar (fylls endast i om du har andra olycksfallsförsäkringar)

Försäkringsgivare	Försäkringsnummer
Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Önskemål om utbetalningsätt

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

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

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

<ul style="list-style-type: none">Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.Jag förbinder mig att underrätta Bliwa Livförsäkring om olycksfallsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.Jag är medveten om att ersättning som betalats ut till mig från gruppolycksfallsförsäkringen 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	