

| |
|---------------------------------|
| Avtalsnummer |
| Arbetsgivarens/föreningens namn |

Blanketten postas till:
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
FE 50306
832 82 Frösön

Personuppgifter

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

Uppgifter om din skada

| |
|---|
| Gäller din anmälan en olycksfallsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Skadedatum/Datum för första tandläkarbesöket: |
| Tandläkarens namn: |
| Praktiknummer (bör framgå på kvittot) : |

Uppgifter om dubbelförsäkring

| | |
|---|----------------------|
| Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilket bolag? |
| Har skadan anmälts dit?: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

Önskemål om utbetalningsätt

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

Observera! Ersättningsanspråk ska styrkas med originalkvitton från tandläkaren.

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

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag förbinder mig att underrätta Bliwa Livförsäkring om tandvårdsskadan anmälts till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande.
- Jag är medveten om att ersättning som betalats ut till mig från tandskadeförsäkringen 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 | |