

Skadeanmälan

Diagnosförsäkring vuxen

Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/föreningens namn

Blanketten postas till:
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
FE 50308
832 82 Frösön

Personuppgifter

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

Uppgifter om diagnosen

Fyll i vilken diagnos du söker ersättning för – se bilaga för mer information om diagnoserna

<input type="checkbox"/> 1. Cancer	<input type="checkbox"/> 8. Bakteriell hjärnhinneinflammation (meningit)	<input type="checkbox"/> 15. Dövhet
<input type="checkbox"/> 2. Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> 9. Fästingburen hjärnhinneinflammation (TBE)	<input type="checkbox"/> 16. Blindhet
<input type="checkbox"/> 3. Stroke	<input type="checkbox"/> 10. Operation av hjärtats kranskärl	<input type="checkbox"/> 17. Förlust av arm eller ben
<input type="checkbox"/> 4. Motoneuronsyndrom	<input type="checkbox"/> 11. Operation av förträngning el. aneurysm i aorta	<input type="checkbox"/> 18. Förlorad talförmåga
<input type="checkbox"/> 5. Multipel skleros (MS)	<input type="checkbox"/> 12. Operation av hjärtklaff	<input type="checkbox"/> 19. Förlamning
<input type="checkbox"/> 6. Parkinson sjukdom	<input type="checkbox"/> 13. Organtransplantation	
<input type="checkbox"/> 7. Neuroborrelios	<input type="checkbox"/> 14. Upphörande av njurfunktion	

När märktes de första symptomen?	När fastställdes diagnosen?	Datum när vårdgivare anlätades
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Ange ICD-kod (alla sjukdomar har en kod som kallas ICD-kod, denna finner du i din journal eller på ditt läkarintyg)

Har du vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, hur länge?
Har du haft samma diagnos tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när fastställdes den diagnosen?

Ange namn på sjukhuset samt avdelning, som behandlade dig då

Önskemål om utbetalningssätt

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

Övriga upplysningar



<p>Behandling av personuppgifter</p> <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>	<p>Skaderegistrering</p> <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>
---	--

Viktigt!

För att Bliwa ska kunna handlägga ditt ärende behöver du **ylla** i bifogad fullmakt och vårdinrättningar.

Underskrift, Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga

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 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 – Diagnoskapital/Diagnosförsäkring

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt (Bliwa) behöver få in uppgifter om din hälsa för att kunna handlägga din begäran om ersättning från Diagnoskapital/Diagnosförsäkringen 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.

Namn-teckning

Ort och datum (år-månad-dag)

Namn-förtydligande

Den försäkrades personnummer

Vårdinrättningar

Uppgifter om vart du vårdats för diagnosen

Bliwa

Den försäkrades namn	Den försäkrades personnummer
----------------------	------------------------------

Sjukhus

Namn på sjukhus	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort

Namn på sjukhus	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort

Namn på sjukhus	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort

Namn på sjukhus	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort

Vårdcentral

Namn på vårdcentral	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort

Namn på vårdcentral	Avdelning/Enhet
Adress	Postnummer och ort