

# Skadeanmälan

Sjukavbrott – fylls i av arbetsgivaren

# Bliwa

Avtalsnummer	Organisationsnummer
Arbetsgivarens namn	

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

## Uppgifter om arbetsgivaren

Är företaget ett enmansföretag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

## Uppgifter om den anställde

Anställdes namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

## Uppgifter om företagets fasta utgifter

Hyror/arendekostnader. Företagets fasta månadskostnader	kr
Övriga fasta lokalkostnader	kr
Kontors-, bokförings- och försäkringskostnader	kr
Fasta el – och telefonkostnader	kr
Avskrivningar enligt plan och räntor	kr
Fasta fordonskostnader	kr
Kontrakterade leasingkostnader	kr
Övriga fasta kostnader enligt kontrakt	kr
Total summa:	kr

## Uppgifter om dubbförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

## Önskemål om utbetalningssätt

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

### 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](http://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.

### Underskrift av arbetsgivaren

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande