

Skadeanmälan

Sjukavbrottsförsäkring

Avtalsnummer	Organisationsnummer
Företagsnamn	

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

Uppgifter om försäkringstagaren

Är företaget ett enmansföretag? ☐ Ja ☐ Nej		
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

Uppgifter om den försäkrade

Anställdes namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

Uppgifter om arbetsoförmåga

Arbetsoförmåga på grund av ☐ Olycksfall ☐ Sjukdom	Arbetsoförmåga sedan (ange åååå-mm-dd)	Ange sjukskrivningsgrad i procent
Om arbetsoförmågan uppkommit till följd av olycksfall, beskriv hur olycksfallet gick till inklusive datum, ort, plats och övriga omständigheter		
Sjukdomens namn	Ange ICD-kod	
När märktes de första symtomen för sjukdomen (ange åååå-mm-dd)	När sökte du vård första gången (ange åååå-mm-dd)	
Har du tidigare varit sjukskriven för samma sjukdom/symtom? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange datum fr om-t o m	
Anlitades läkare ☐ Ja ☐ Nej	Ange sjukhusets och klinikens namn och ort	
Har du ersättning för vårdbidrag, sjukbidrag eller pension ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange från vilket datum (åååå-mm-dd)	
Är du fullt arbetsför idag ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", ange från vilket datum (åååå-mm-dd)	

Bifoga följande handlingar

Kontakta Försäkringskassan och be om följande handlingar:

- Läkarintyg från Försäkringskassan
- Beslutet från Försäkringskassan
- Datautskrift 030-bild samt 036-bild som visar all din sjukhistorik från Försäkringskassan

Uppgifter om företagets fasta utgifter per månad

Hyror/arrendekostnader. 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 dubbelförsäkring (obligatoriska uppgifter)

Finns försäkring i annat bolag? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja", vilket bolag och försäkringsnummer?
Har skadan anmälts dit? ☐ Ja ☐ Nej	

Önskemål om utbetalningssätt

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

--

Underskrift av arbetsgivaren

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande

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.
--