

Har du varit sjukskriven på grund av olycksfallet? Läkarintyg måste bifogas.	<input type="checkbox"/> Helt	fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Till tre fjärdedelar	fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Till hälften	fr o m	t o m
	<input type="checkbox"/> Till en fjärdedel	fr o m	t o m
Är du fullt arbetsför nu?	<input type="checkbox"/> Ja, sedan den _____ <input type="checkbox"/> Nej		
Har du någon annan olycksfallsförsäkring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Försäkringsnummer	
	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

<p>Behandling av personuppgifter Bliwa Livförsäkrings verksamhet är gruppförsäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen, Personuppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – så som premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Bliwa Livförsäkrings etiska regler. Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration, information och viss marknadsföring. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta vår kundtjänst. Vid beställning av utdrag ur Bliwa Livförsäkrings register skriv till: Registerutdrag, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm</p>	<p>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</p>
--	---

Underskrift

<ul style="list-style-type: none"> Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmäls till Försäkringskassan, AMF/TFA eller motsvarande. Jag är medveten om att ersättning som utbetalas till mig från gruppolycksfallsförsäkringen kan återkrävas, om skadan omfattas av trygghetsförsäkring vid arbetsskada (AMF/TFA eller motsvarande) 		
Datum	Namn-teckning	Telefon dagtid(även riktnummer)
E-post		

**OBS! Utgifterna skall styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting.
Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.**

Nedanstående uppgifter ska **endast** gruppföreträdare för **självaladministrerade** avtal fylla i.

Nuvarande omfattning inklusive tidigare ändringar.	Anslutningsdatum		Månadspremie	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	GM	MF
OLYCKSFALL	- fritid			
	- invaliditetstillägg - heltid			
OLYCKSFALL	- heltid			

Övriga upplysningar

Grupp-företrädarens underskrift			
(Bekräftelse av försäkringstillhörighet och bekräftelse av att företaget inte är försatt i konkurs.)			
Gruppmedlemmen är anställd/medlem sedan	_____	Premie betald t o m	_____
Företag/Förbund/Mäklare	_____	Telefonnummer	_____
Datum	_____	Namn-teckning	_____
		Namn-förtydligande	_____