

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FRÅN SJKFÖRSÄKRING - Omställningskapital



Företag / arbetsgivare / förening / förbund	Gruppavtal nr
---	---------------

Försäkringstagare

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Uppgifter om din sjukskrivning

Sjukdomens namn (diagnos)?	
När blev du sjukskriven?	När märktes de första symtomen?
När anlätades läkare?	Läkarens namn och adress
Vilken läkare behandlar dig nu? Ange läkarens namn och adress	
Vilken Försäkringskassa tillhör du? (Ange även adressen)	
När blev du utförsäkrad från Försäkringskassan?	

Uppgifter om din senaste arbetsgivare

Vem var din senaste arbetsgivare	Adress till din senaste arbetsgivare
När fick du besked om uppsägningen?	Ange orsak till uppsägningen?
Ange anställningens första dag	Ange anställningens sista dag

Övriga frågor

Ange din månadslön vid insjuknandedagen.	Månadslön, kr
Har du minderåriga barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange personnummer på dina minderåriga barn

Ersättning utbetalas till

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Bank	Clearingnummer	Kontonummer
<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		

Viktig information som måste bifogas till ansökan! (kopia räcker)

- Utskrift från Försäkringskassan som visar hela din sjukhistorik (Du beställer en s.k. 036-bild från Försäkringskassan)
- Försäkringskassans besked om indragen ersättning (utförsäkring)
- Besked om uppsägning från din arbetsgivare
- Arbetsgivarintyg

Övriga upplysningar

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

Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagets kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningregister (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.

Ort och datum

Telefon dagtid (även riktnummer)

Namnteckning

Namnförtydligande

E-post

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

Nuvarande omfattning	Ursprungligt anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Månadspremie	Karens	Anslutning på full arbetsförhet	Anslutning med hälsodeklaration
SJUK - belopp					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ej ansluten till sjukförsäkring						

Gruppföreträdarens / förmedlarens 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 / Förmedlare _____ Telefonnummer _____

Adressuppgifter _____

Datum _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande _____