

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FRÅN SJKFÖRSÄKRING



Blanketten sänds till:
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 5125 102 43 STOCKHOLM
Tfn 08-696 22 80

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

Försäkringstagare

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-post		

Önskemål om utbetalningssätt

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

Sjukskrivningsorsak

Sjukdomens namn (diagnos)?		
När märktes de första symtomen?		
När anlätades läkare?	Datum?	Läkarens namn och adress
Vilken läkare behandlar dig nu?		Läkarens namn och adress
Har du vårdats på sjukhus?	Vilket sjukhus?	När?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom?	Vilken sjukdom (diagnos)?	När?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vilken läkare anlätades?	Läkarens namn och adress	
Om du var sjukskriven, ange sjukskrivningsperiod?		

Sjukskrivningsperioder som sjukdomen föranlett (perioder och sjukskrivningsgrad)?	fr o m	t o m	omfattning %
Kopia av sjukskrivningsbeslut skall alltid bifogas.	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
	fr o m	t o m	omfattning %
Ditt nuvarande hälsotillstånd	Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, fr o m	
Har du under de senaste 12 månaderna varit arbetsförmögen i mer än två veckor i följd före nuvarande period? (Bifoga i så fall kopia av sjukskrivningsintyg.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	fr o m	t o m
		fr o m	t o m
		fr o m	t o m

Fortsätt på baksidan ! →

Har du annan sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Bolag	Försäkringsnummer
	Är skadan anmäld dit?	Är du berättigad till ersättning därifrån?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, vilken ersättning?				
Ange din månadslön vid insjuknandedagen (den som anmälts till Försäkringskassan).	Månadslön, kr			
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Försäkringskassa (ange även adress)			

VIKTIGT! Detta ska du bifoga till din ansökan!

- kopia av sjukskrivningsbeslut (läkarintyg eller beslut om rehabiliteringspenning)
- datautskrift från Försäkringskassan (036-bild) om utbetald sjukpenning/sjuklön från 12 månader innan sjukskrivningsdagen (nuvarande och eventuellt föregående sjukperiod).
- kopia av samtliga beslut om sjukbidrag, förtidspension, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, eller aktivitetsersättning som du har fått från Försäkringskassan.

<p>Behandling av personuppgifter</p> <p>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</p> <p>För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningssystem (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

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort	Datum	Namnteckning	Telefon bostad (även riktnr)
-----	-------	--------------	------------------------------

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						

Här nedan anger Du om något försäkringsmoment har förändrats sedan det ursprungliga anslutningsdatumet och i så fall fr o m när. (ex: höjning av sjukförsäkringsbeloppet från 700 kronor till 1 400 kronor den 1 januari 2003)

Sjukförsäkring förändring

Gruppföreträdarens / mäklarens 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 / Mäklare _____ Telefonnummer _____

Adressuppgifter _____

Datum _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande _____