

# SKADEANMÄLAN FÖR GRUPPFÖRSÄKRING

## Barnolycksfall – Barnsjuk



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

Arbetsgivarens/föreningens namn	Gruppavtal nr
---------------------------------	---------------

### Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort	
Försäkrat barn		Personnummer	
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlemmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om svaret är "NEJ" ange vem som är barnets biologiska förälder <input type="checkbox"/> Gruppmedlemmen <input type="checkbox"/> Medförsäkrad	
Utbetalning önskas insatt på Bankkonto/Personkonto	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
Kontohavarens personnummer:		Kontohavarens namn:	

### Besvaras vid olycksfall

När inträffade olycksfallet?	Datum	Olycksfallet inträffade		på väg till/från skolan/	
		<input type="checkbox"/> i skolan	<input type="checkbox"/> på fritid	<input type="checkbox"/> fritidshemmet/ daghemmet	
Hur gick olycksfallet till? Ange plats, händelseförlopp och övriga omständigheter.					
Vilken kroppsskada har olycksfallet medfört?					
När anlätades läkare?	Datum	Läkarens namn och adress			
Vilken läkare sköter barnet nu?	Läkarens namn och adress				
Har barnet vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, vilket?		Fr om T o m
	Befaras framtida invaliditet?			Är behandlingen avslutad?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Ja, den <input type="checkbox"/> Nej	
	Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?			Anlätades läkare då?	
<input type="checkbox"/> Ja – när och på vilket sätt? <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vilken läkare samt ev. sjukhusets namn och ort					

**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 er vårdgivare.**

V g vänd →

**Besvaras vid tandskada**

OBS ! intyg från tandläkare behövs INTE för försäkringsbolagets bedömning

**Kryssa för och markera på bilden vilka tänder som blivit skadade**

*Mjölk*tänder       *Permanent*a tänder

**Besvaras vid sjukdom**

Sjukdomens namn		
När märktes de första symptomen?		
När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom?		
Läkarens namn och ort samt sjukhusets och klinikens namn och ort.		
Har barnet varit intaget på sjukhus? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, Vilket sjukhus	Under vilken tid?
Vilken barnvårdscentral/skola tillhör/tillhörde barnet?	Vilket?	
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	När?
Anlätades läkare då?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vilken läkare samt ev vilket sjukhus ( namn och ort)
Vilken läkare sköter barnet nu? Sjukhuset och klinikens namn och ort.		
Vid medicinsk behandling, på vilket sätt?		
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/> Återställd sedan	Datum <input type="checkbox"/> Ej återställd
Vilken försäkringskassa tillhör Ni/ barnet?		
Har vårdbidrag från allmän försäkring utbetalats eller sökts? När söktes vårdbidraget? Hur stort vårdbidrag beviljades och för vilken tidsperiod?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Halvt <input type="checkbox"/> Kvarts	Fr o m      T o m
Är barnet ett adoptivbarn?	Om ja, när kom barnet till Sverige och då ifrån vilket land? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Besvaras alltid**

Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Bolag?	Försäkring nr
Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

Övriga upplysningar

<p><b>Behandling av personuppgifter</b>  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><b>Skaderegistrering</b>  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** (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare)

<p><b>Jag lämnar följande medgivande</b>  Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag förbinder mig att underrätta försäkringsbolaget om olycksfallsskadan anmälts 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).</p>		
Datum	Namn-teckning	Telefon dagtid(även riktnummer)
E-post		

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

När anslöts barnet till försäkringen?		
<input type="checkbox"/> Barnförsäkring (olycksfall och sjuk) den:	<input type="checkbox"/> Barnolycksfall den:	<input type="checkbox"/> Barnsjuk den:
Premien betald t o m	Var premien betald vid skadetillfället	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Datum	Grupp-företrädarens underskrift	Namn-förtydligande