

Anmälan om sjukdom - Tjänstepensionssjukförsäkring och/eller Premiefrielseförsäkring



Avtalsnummer

920 - Nordnet

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 5125 102 43 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80

Information om Premiefrielseförsäkring

Vid premiefrielse befrias arbetsgivaren från sin skyldighet att betala premie till en annan sparandeförsäkring t.ex. en ålderspensionsförsäkring, som arbetsgivaren tecknat för den anställde. Premiefrielseförsäkringen börjar utbetalas då den försäkrade/anställda har varit arbetsförmögen längre än tre månader. Arbetsgivarens skyldighet att betala premierna till sparandeförsäkringen övertas då helt eller delvis av Bliwa.

Vid försäkringsfall utbetalas ersättningen till den sparandeförsäkring som arbetsgivaren tecknat i Nordnet för den anställdes räkning.

Personuppgifter

| | |
|------|--------------|
| Namn | Personnummer |
|------|--------------|

Uppgifter om arbetsgivaren

| | |
|---------------------|---------------------------|
| Arbetsgivarens namn | Telefonnummer |
| Kontaktperson | E-post till kontaktperson |

Sjukskrivningsorsak

| | |
|---|----------------------------|
| Sjukdomens namn (diagnos) | Datum när läkare anlätades |
| Läkarens namn och adress | |
| Ange namn och adress till den läkare som behandlar dig nu (om annan än ovan) | |
| Har du tidigare haft liknande sjukdom, ange tidpunkt, vårdgivare och medicinsk behandling | |

Uppgifter om sjukskrivning

Ange tidsperiod, från och med – till och med

| | |
|--|-----------------------------------|
| Helt (100%) sjukskriven | Tre fjärdedelar (75%) sjukskriven |
| Halvt (50%) sjukskriven | En fjärdedel (25%) sjukskriven |
| Om du är fullt arbetsför nu, ange från när | |
| Om du har varit arbetsförmögen mer än två veckor i följd under de senaste 12 månaderna före nuvarande period, ange när | |

Uppgifter om sjukförsäkringar hos annan försäkringsgivare

Fylls endast i om detta finns

| | |
|---|-------------------|
| Försäkringsgivare | Försäkringsnummer |
| Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

Önskemål om utbetalning

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

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | |
|---|---|
| Behandling av personuppgifter <p>Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen och Bliwas etiska regler. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Fullständig information om hur och för vilka ändamål Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida www.bliwa.se och i försäkringsvillkoren.</p> | Skaderegistrering <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.</p> <p>Personuppgiftsansvarig för GSR är: GSR AB Box 24171 104 51 STOCKHOLM</p> |
|---|---|

Viktigt!

För att Bliwa ska kunna handlägga ditt ärende behöver du fylla i bifogad fullmakt.

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| Ort och datum | Namnteckning |
| Telefon dagtid (även riktnummer) | Namnförtydligande |
| E-post | |

Information om fullmakt

För att vi ska kunna pröva din rätt till ersättning på rätt grunder behöver vi hämta in kompletterande hälsouppgifter från t.ex. Försäkringskassan, din läkare eller vårdcentral.

Vi vill därför att du lämnar ditt samtycke till att Bliwa får hämta in de hälsouppgifter som behövs i enlighet med fullmakten på sida 2.

Det är viktigt att du skickar fullmakten till Bliwa så snart som möjligt för en snabb handläggning. Innan fullmakten kommit in kommer vi inte att pröva din begäran om ersättning.

Dina hälsouppgifter hanteras konfidentiellt och behandlas i enlighet med personuppgiftslagen och på det sätt som beskrivs i försäkringsvillkoren.

Fullmakten ska undertecknas av den som skadeanmälan avser och på vars liv eller hälsa som försäkringen gäller.

Behandling av personuppgifter

Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen och Bliwas etiska regler. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Fullständig information om hur och för vilka ändamål Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida www.bliwa.se och i försäkringsvillkoren.

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

**Fullmakt avseende Anmälan om sjukdom –
Tjänstepensionssjukförsäkring och/eller Premiebefrielseförsäkring**

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt (Bliwa) behöver få in uppgifter om din hälsa för att kunna handlägga din begäran om ersättning från Tjänstepensionssjukförsäkringen och/eller Premiebefrielseförsäkring med anledning av inträffat försäkringsfall. Bliwa behöver uppgifter från:

1. Behandlande läkare, vårdcentral, vårdinrättningar, sjukvårdspersonal, sjukhus, sjukgymnast, naprapat, psykolog eller annan privat eller offentlig sjukvårdsinrättning
2. Försäkringskassan eller andra försäkringsinrättningar
3. Din nuvarande eller tidigare arbetsgivare

Fullmakt till Bliwa i samband med skadeanmälan

Jag samtycker till att Bliwa får ta del av de hälsouppgifter Bliwa anser sig behöva enligt markering under ovanstående punkt 1-3. Jag medger därför att ovan angivna uppgiftsinnehavare som markerats med ett kryss får lämna de upplysningar, journaler, intyg, utdrag ur register, tjänsteanteckningar, sjukskrivningsperioder, beslut om sjukersättning eller liknande som Bliwa, den läkare Bliwa anlitar för medicinsk bedömning eller det återförsäkringsbolag Bliwa anlitar, behöver för att handlägga och bedöma min rätt till försäkringsersättning.

Fullmakten gäller till dess att Bliwa avslutat ärendet om prövning av min rätt till försäkringsersättning eller till dess jag återkallat den eller, dock längst i 5 år från och med undertecknandet.

Jag medger att Bliwa arkiverar denna fullmakt och övriga uppgifter och handlingar som Bliwa tar del av med stöd av fullmakten under den tid som bolaget anser sig behöva på grund av försäkringsavtalslagens regler om t.ex. preskription eller på grund av försäkringsskyddets art.

Namnteckning

Ort och datum (år-månad-dag)

Namnförtydligande

Den försäkrades personnummer