

Ansökan om ersättning vid arbetsoförmåga

(på grund av sjukdom eller olycksfall)

Försäkringstagare

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Ifylls av arbetsgivaren:

Företag	Avtal nr 950
Kontaktperson på företaget	Telefon dagtid

Premiebefrielseförsäkring

Försäkringsfall innebär att arbetsgivaren befrias från sin skyldighet att betala premie till en annan försäkring – en ålderspensionsförsäkring – som arbetsgivaren tecknat för den anställda, med denne som försäkrad. Sådan premiebefrielse gäller för arbetsgivare som tecknat denna försäkring genom AI Pension, under sådan tid då den försäkrade är långvarigt arbetsoförmögen pga sjukdom eller olycksfall. Arbetsgivarens skyldighet att betala premierna till ålderspensionsförsäkringen övertas då helt eller delvis av Bliwa.

Vid försäkringsfall utbetalas ersättningen till den ålderspensionsförsäkring som arbetsgivaren tecknat i AI Pension för den anställdes räkning. Ersättningen utbetalas till det ålderspensionskonto som arbetsgivaren meddelat Bliwa, via AI Pension.

Sjukskrivningsperioder som sjukdomen eller olycksfallet föranlett (perioder och sjukskrivningsgrad)? Kopia av sjukskrivningsbeslut skall alltid bifogas. Vid tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning samt sjukersättning skall kopia av Försäkringskassans beslut, föredragningspromemoria samt läkarutlåtande 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 %

Underskrift av arbetsgivaren:

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.		
Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Ifylls av den anställda:

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja - vilket sjukhus?	När?
Har du tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken sjukdom / diagnos?	När?
Vilken läkare anlätades?	Läkarens namn och adress	
Om du var sjukskriven, ange sjukskrivningsperiod		

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 arbetsoförmögen 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

Har du annan sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bolag	Försäkringsnummer
	Är skadan anmäld dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du berättigad till ersättning därifrån? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte	
	Om ja, hur stor ersättning i kronor?		
Har du haft annan sjukförsäkring under de senaste 18 månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när tecknades försäkringen?	När upphörde försäkringen?
	I vilket försäkringsbolag var försäkringen tecknad?		
Vilken Försäkringskassa tillhör du?	Försäkringskassa (ange även adress)		

Önskemål om utbetalningssätt

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

Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen är ogiltig. Jag medger att läkare, sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar, journaler, intyg m m som Bliwa eller det återförsäkringsbolag Bliwa anlitar, behöver för att handlägga denna försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden. Jag medger även att Bliwa vidarebefordrar nu nämnda information till läkare för medicinsk bedömning.

Information enligt personuppgiftslagen (PuL)

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 PuL 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.

Underskrift av den försäkrade

Ort och datum	Tfn dagtid
Namn-teckning	Namnförtydligande

Övriga upplysningar

Skicka blanketten till:
Bliwa Livförsäkring
Box 5125 102 43 Stockholm

Försäkringsgivare

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt,
Box 5125 102 43 STOCKHOLM
orgnr: 502006-6329
Tfn 08-696 22 80
FGL-04BP 10.10