

## ANSÖKAN

# Frivillig Grupp försäkring

## FYLL I:

## 1. Medlemsföretaget och personer

Uppgifter om medlemsföretaget.

Uppgifter om dig och den person du vill medförsäkra (make/maka/sambo).

## 2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

## 3. Försäkringar

Välj de försäkringar du/ni vill ansöka om.

## 4. Frågor om din hälsa

**► SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:**

Bliwa Livförsäkring  
Box 5322  
102 47 Stockholm

**► KONTAKTA BLIWA PÅ:**

Telefon: 08-696 22 80  
E-post: kund@bliwa.se

**► KONTAKTA SH PENSION:**

Telefon: 010-471 87 70  
E-post: kontakt@shpension.se

# 1. Medlemsföretaget och personer

## Medlemsföretaget

MEDLEMSFÖRETAG: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

POSTNUMMER: \_\_\_\_\_

POSTORT: \_\_\_\_\_

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): \_\_\_\_\_

ORGANISATIONSNUMMER: \_\_\_\_\_

FÖRETAGET ÄR ANSLUTET  
TILL SVENSK HANDEL:

## Gruppmedlem

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

POSTNUMMER: \_\_\_\_\_

POSTORT: \_\_\_\_\_

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): \_\_\_\_\_

E-POSTADRESS: \_\_\_\_\_

## Medförsäkrad

**MAKE / MAKÅ / SAMBO**

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

# 2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

## Försäkringen betalas via...

AUTOGIRO ELLER MED INBETALNINGSKORT (TERTIAL).  
VILL DU BETALA DIN FÖRSÄKRING VIA AUTOGIRO KAN DU LÄMNA MEDGIVANDE  
VIA BLIWA.SE/SHPENSION ELLER FYLLO I EN BLANKETT OCH SKICKA IN.

FAKTURA TILL FÖRETAGET (MÅNAD, HELÅR, HALVÅR).  
**OBSERVERA ATT ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT BEHÖVS VID BETALNING VIA FÖRETAGET.**

FAKTURA ÖNSKAS PER:

MÅNAD  HALVÅR  HELÅR

UNDERSKRIFT AV BETALARE (OM FÖRSÄKRINGARNA BETALAS VIA FÖRETAGET): \_\_\_\_\_

## 3. Försäkringar

På följande sidor **krissar du i** de försäkringar du/ni vill ansöka om.



### Livförsäkring

Om du dör kan en livförsäkring ge dina närstående ekonomisk trygghet i form av ett engångsbelopp under en svår period. När du ansöker får du inte ha fyllt 67 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–35 ÅR	36–47 ÅR	48–67 ÅR		
<b>227 500 kronor</b> (5 prisbasbelopp)	16 kronor	40 kronor	74 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>455 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	29 kronor	76 kronor	148 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>910 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	54 kronor	149 kronor	294 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 137 500 kronor</b> (25 prisbasbelopp)	67 kronor	186 kronor	367 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 365 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	79 kronor	222 kronor	441 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 820 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	105 kronor	295 kronor	587 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 275 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	131 kronor	369 kronor	734 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dödsfallskapital för barn ingår med 44 800 kronor (1 prisbasbelopp).



### Olycksfallsförsäkring (heltid)

Om du råkar ut för ett olycksfall som leder till invaliditet eller medför kostnader kan en olycksfallsförsäkring ge dig ekonomisk ersättning. När du ansöker får du inte ha fyllt 67 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–67 ÅR	GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
<b>1 365 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	41 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 820 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	51 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 275 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	62 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år. Reduktion av försäkringsbeloppet vid ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år.



## Sjukförsäkring

Om du blir sjuk en längre tid kan den månatliga ersättningen från sjukförsäkringen komplettera det du får från Försäkringskassan, eventuell kollektivavtalad försäkring eller annan pensionsplan. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
		18–39 ÅR	40–55 ÅR	56–60 ÅR	61–65 ÅR		
0–14 999 kronor	1 000 kronor	12 kronor	15 kronor	20 kronor	23 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 000–26 999 kronor	1 500 kronor	17 kronor	22 kronor	30 kronor	34 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 000–37 999 kronor	2 100 kronor	24 kronor	31 kronor	43 kronor	48 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 000–44 999 kronor	2 500 kronor	29 kronor	37 kronor	51 kronor	57 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 45 000 kronor	3 500 kronor	41 kronor	52 kronor	71 kronor	80 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 500 kronor	49 kronor	63 kronor	85 kronor	96 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Karenstiden är 90 dagar. Ersättningen betalas ut som längst i 36 månader vilket motsvarar tre år.



## Diagnosförsäkring

Drabbas du av en allvarlig sjukdom kan du få ett engångsbelopp direkt vid vissa diagnoser. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–55 ÅR	56–60 ÅR	61–65 ÅR		
50 000 kronor	14 kronor	30 kronor	43 kronor	63 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Sjukkapital

Om din arbetsförmåga skulle bli nedsatt under en längre period kan ett sjukkapital ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18-39 ÅR	40-55 ÅR	56-60 ÅR	61-65 ÅR		
<b>273 000 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	12 kronor	46 kronor	68 kronor	81 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>455 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	20 kronor	77 kronor	114 kronor	136 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>682 500 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	30 kronor	116 kronor	171 kronor	203 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>910 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	40 kronor	154 kronor	227 kronor	271 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 365 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	60 kronor	231 kronor	341 kronor	407 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 820 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	80 kronor	308 kronor	455 kronor	542 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 275 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	100 kronor	385 kronor	568 kronor	678 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet sker med 5 procentenheter per år från 55 års ålder till lägst 50 % av fulla försäkringsbeloppet.



## Medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om din funktionsförmåga skulle bli nedsatt till följd av sjukdom kan den här försäkringen ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18-39 ÅR	40-55 ÅR	56-60 ÅR	61-65 ÅR		
<b>273 000 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	7 kronor	12 kronor	18 kronor	20 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>455 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	12 kronor	19 kronor	29 kronor	33 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>682 500 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	18 kronor	29 kronor	44 kronor	50 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>910 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	24 kronor	39 kronor	59 kronor	66 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 365 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	36 kronor	58 kronor	88 kronor	99 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 820 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	49 kronor	78 kronor	118 kronor	132 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 275 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	61 kronor	97 kronor	147 kronor	166 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Försäkringsbeloppet reduceras med 5 procentenheter per år från 55 år.



## Barnförsäkring Bas

Dina barn får ett ekonomiskt skydd vid både sjukdom och olycksfall, dygnet runt. I Bliwas barnförsäkring ingår även en diagnosförsäkring som gör att ditt barn kan få ett engångsbelopp vid vissa diagnoser. Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år men längst tills du fyller 67 år. Försäkringen gäller med en så kallad flerbarnspremie vilket innebär att du betalar samma pris oavsett hur många barn du har.



FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD	GRUPP-MEDLEM
<b>1 365 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	121 kronor	<input type="checkbox"/>
<b>1 820 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	146 kronor	<input type="checkbox"/>
<b>2 275 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	172 kronor	<input type="checkbox"/>

### Viktig information!

Detta är en kortfattad beskrivning av försäkringarna. Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på [bliwa.se/shpension](https://bliwa.se/shpension)

**Premiefrielse ingår inte i avtalet.**

## 4. Frågor om din hälsa

Fylls i personligen av dig som ska försäkras. Ska du enbart ansöka om Olycksfallsförsäkring eller Barnförsäkring behöver du inte besvara några frågor.

	GRUPP MEDLEM		MEDFÖR- SÄKRAD	
	JA	NEJ	JA	NEJ
1. Är du fullt arbetsför?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare (till exempel sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Röker du dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Om du rökt, vilket år slutade du?	År _____	År _____		
7. Längd	_____ cm	_____ cm		
8. Vikt	_____ kg	_____ kg		

\* För att anses som fullt arbetsför ska du kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Om du till någon del är sjukskriven, har beviljats sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

## Kompletterande uppgifter

Om du svarat JA på någon av frågorna 2–4.

---

### Fråga 2. Orsaken till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts.

- ▶ Tidpunkt?
- ▶ Vilken läkare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik.
- ▶ Är du helt återställd och utan besvär? Om ja, ange sedan när?
- ▶ Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?

GRUPPMEDLEM

MEDFÖRSÄKRAD

---

### Fråga 3. Vilken/vilka mediciner använder du?

- ▶ Vilken orsak och dosering?

GRUPPMEDLEM

MEDFÖRSÄKRAD

---

### Fråga 4. För vilken sjukdom/skada/handikapp gällde sjukskrivningen?

- ▶ Vilka tider har du varit sjukskriven eller haft sjukersättning eller liknande ersättning?

GRUPPMEDLEM

MEDFÖRSÄKRAD



## Övriga upplysningar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intygande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa. Jag intygar även att jag tagit del av förköpsinformationen.

ORT OCH DATUM: \_\_\_\_\_

GRUPPMEDLEMS UNDERSKRIFT: \_\_\_\_\_

MEDFÖRSÄKRADS UNDERSKRIFT: \_\_\_\_\_

Försäkringsgivare: Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt. Organisationsnummer: 502006-6329.

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 [bliwa.se](https://bliwa.se) och i försäkringsvillkoren.

UNDERSKRIFT AV BETALARE (OM FÖRÅKRINGARNA BETALAS VIA FÖRETAGET): \_\_\_\_\_