

**Ansökan om TGL för anställda
- Icke kollektivavtalad**

Avtalsnummer 800660

Skickas till:Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 5125
102 43 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80**Avtalsuppgifter**

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Datum då försäkringen ska börja gälla (anges till den 1:a i en kommande månad)	

Försäkringsberättigad är i företag

- samtliga anställda mellan 18 och 70 år som arbetar minst 8 timmar per vecka (beträffande deltidsanställda, se försäkringsvillkoren)
- verksam ägare i aktieföretag (som äger minst 1/3 av aktierna tillsammans med make/registrerad partner, förälder eller barn)
- verksam ägare till enskild firma eller handelsbolag samt komplementären i kommanditbolag

och som inte omfattas av tjänstegrupplivförsäkring genom kollektiv- eller hängavtal eller tjänstegrupplivförsäkring genom grundavtal hos Fora

Företagets adress och kontaktuppgifter

Adress		Kontaktperson
Postnummer	Ort	E-post

Fakturaaviseringen

Anges om annan än företagets adress

Adress		Kontaktperson
Postnummer	Ort	E-post

Hur ofta ska aviseringarna skickas

- Månadsvis, rekommenderas om fler än 50 anställda
- Halvårsvis, sker automatiskt om inget annat anges

Underskrift och intygande av behörig firmatecknare

Arbetsgivaren, intygat att denne tagit del av Allmänna bestämmelser om TGL (bilaga 1), de fullständiga försäkringsvillkoren samt att samtliga som anmäls till försäkringen är fullt arbetsföra för sin anställning. Med fullt arbetsför menas: Den som kan fullgöra sitt arbete utan inskränkningar och inte har rätt till sjuklön från arbetsgivaren eller utbetalning från Försäkringskassan beträffande denna anställning. Med utbetalning från Försäkringskassan menas sjukersättning, aktivitetsersättning, sjukpenning, vilande ersättning eller annan motsvarande ersättning. Den som ska försäkras kan vara lönebidragsanställd.

Undertecknad firmatecknare ansöker härmed om försäkringsavtal avseende TGL-försäkring.

Ort och datum	Behörig firmatecknarens underskrift	Namnförtydligande
---------------	-------------------------------------	-------------------

Ansökan om TGL har förmedlats av

Förmedlande bolag SH Pension

Allmänna bestämmelser om Tjänstegrupplivförsäkring

Bilaga 1 till Ansökan om Tjänstegrupplivförsäkring – TGL för anställda

Försäkringsvillkor

För försäkringen gäller de bestämmelser som framgår av Bliwas vid var tid gällande försäkringsvillkor för icke kollektivavtalad tjänstegrupplivförsäkring för anställda (TGL). Försäkringsvillkoret återfinns på www.bliwa.se/shpension. Försäkringsvillkoren gäller för ett kalenderår i taget och Bliwa förbehåller sig rätten att ändra försäkringsvillkoren i samband med ett kalenderårsskifte. Bliwa förbehåller sig även rätten att ändra försäkringsvillkoren under löpande år om det behövs på grund av försäkringens art, ändrad lag eller förordning, ny lagtillämpning eller ny myndighetsföreskrift.

Försäkringstagare och försäkrade

Arbetsgivaren är försäkringstagare. När det gäller rätten att förordna förmånstagare eller rätten till försäkringsersättning ska dock varje försäkrad anses som försäkringstagare. Försäkrad är den på vars liv eller hälsa försäkringen gäller, normalt den anställde.

Hälsokrav

För att omfattas av försäkringen krävs att den anställde är fullt arbetsför för sin anställning när försäkringen tecknas, se definition i försäkringsvillkor.

Försäkringsersättning

Om den försäkrade avlider betalas ett försäkringsbelopp (så kallat grundbelopp) ut. Fullt grundbelopp är 6 prisbasbelopp. Försäkringsersättningen kan reduceras i de fall och i den mån som anges i försäkringsvillkor.

Arbetsgivarens åtaganden

Arbetsgivaren ansvarar för att löpande förse Bliwa med uppgift om antalet personer som ska omfattas av försäkringen. Arbetsgivaren ska utan dröjsmål anmäla när en försäkrad inte längre ska omfattas av försäkring. Vid dröjsmål med sådan anmälan har Bliwa rätt att debitera premie till och med månaden före den under vilken anmälan inkom. Anmälan ska göras enligt Bliwas vid var tid gällande föreskrifter. Om arbetsgivaren gjort en felaktig anmälan om antalet försäkrade kan en ändring ske för högst ett (1) år tillbaka i tiden.

Arbetsgivaren ska förse varje försäkrad med det försäkringsbesked som Bliwa tillställer arbetsgivaren i samband med detta avtals ingående. Om försäkringen ändras kommer Bliwa att tillställa arbetsgivaren nya försäkringsbesked som arbetsgivaren ansvarar för att distribuera till de försäkrade. Arbetsgivaren ansvarar även i övrigt för att vidarebefordra sådan information som Bliwa i egenskap av försäkringsgivare är skyldig att förse de försäkrade med.

Premie

Premien gäller för ett kalenderår i taget. Månadspremie per försäkrad framgår på www.bliwa.se/shpension. Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premiens storlek i samband med ett kalenderårsskifte. Om försäkringen gäller med halvt grundbelopp för en anställd ska ändå hel premie betalas för denne.

Premiebetalning

Premien ska betalas av arbetsgivaren senast på den av Bliwa aviserade förfalldagen.

Uppsägning

Avtalet kan sägas upp av arbetsgivaren eller Bliwa. Avtalet kan som tidigast träda ur kraft vid utgången av månaden efter den månad då arbetsgivaren eller Bliwa sagt upp avtalet.

Avtalstid och ikraftträdande

Avtalet träder i kraft från och med den framtida tidpunkt som angivits i ansökan, under förutsättning att försäkringen beviljats, och gäller till och med den 31 december samma år. Avtalet förlängs sedan automatiskt med ett kalenderår i taget om det inte sagts upp av arbetsgivaren eller Bliwa.

Ändringar och tillägg

Ändringar och tillägg till detta avtal kan endast göras skriftligen och ska behörigen undertecknas av båda parter.

Personuppgifter

Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På www.bliwa.se/personuppgifter kan du läsa mer om hur Bliwa behandlar dina personuppgifter. Där kan du även läsa om vilka rättigheter du har gentemot oss. Om du hellre vill ha informationen hemskickad till dig ber vi dig kontakta Bliwa.

Sekretess

Parterna förbinder sig att inte under avtalstiden eller därefter utan den andre partens medgivande till annan tredje man än endera partens mellanhand utlämna sådana uppgifter om den andres verksamhet som kan vara att betrakta som affärs- eller yrkeshemlighet. Sekretess gäller dock inte för uppgiften om att samarbete enligt avtal äger rum mellan parterna. Inte heller gäller sekretess för uppgift som offentliggjorts av part eller är allmänt känd.

Tvist

Tvist med anledning av detta avtal ska avgöras av svensk allmän domstol. Svensk lag ska äga tillämpning.

Ny- och ändringsanmälan

Bilaga 2 till Ansökan om Tjänstegruppplivförsäkring – TGL

Skickas till:Bliwa Livförsäkring,
ömsesidigt
Box 5125
102 43 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80**Försäkringstagare**

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Kontaktperson namn	Telefonnummer

Försäkrade

Fyll i uppgifter för de anställda

Namn	Personnummer	Anställd fr o m	Anställning upphör fr o m

Underskrift av arbetsgivaren

Fylls i av försäkringstagaren

Underskrift	Ort
Namnförtydligande	Datum