

# Ansökan om nyttjande av optionsrätt för höjning av försäkringsbeloppet i livförsäkringen

**Bliwa**

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/organisationens namn

## Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
Box 13076 103 02 STOCKHOLM  
Telefon 08-696 22 80

- Optionsrätt i livförsäkringen innebär att försäkringstagaren vid särskild familjehändelse och en (1) gång per år har rätt att höja försäkringsbeloppet med en (1) nivå, dock högst till 1 MKR eller som högst till 20 prisbasbelopp, mot intygande om full arbetsförhet.
- Möjligheten att utnyttja optionsrätten gäller 1 år från det att den särskilda familjehändelsen inträffade och innan den försäkrade fyller 60 år.
- De särskilda familjehändelserna som ger rätt att utnyttja optionsrätten är om den försäkrade inleder samboförhållande, ingår äktenskap, får arvsberättigat barn eller tar emot barn med avsikt att adoptera barnet.
- För att utnyttja optionsrätten krävs dessutom att minst 12 månader har passerat sedan denna rätt senast utnyttjades. Det är försäkringstagaren (gruppmedlemmen) som ansöker om höjning.

## Ansökan avser

- Gruppmedlem  
 Medförsäkrad

## Försäkrad (om ansökan avser medförsäkrad ska även gruppmedlemmens personuppgifter fyllas i)

Gruppmedlemmens namn	Personnummer	Mejladress
Medförsäkrads namn	Personnummer	Mejladress

## Optionshändelse Ange den händelse som är aktuell för denna optionshöjning

<input type="checkbox"/> Inlett samboförhållande	Datum för händelsen	Sambons/makens/barnets personnummer
<input type="checkbox"/> Ingått äktenskap		
<input type="checkbox"/> Fått barn		

## Är du fullt arbetsför?

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. Om du har vilande aktivitetsersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

### Jag är fullt arbetsför

- Ja  Nej

## Underskrift

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.

### Gruppmedlem

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande

### Medförsäkrad

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande

## Behandling av 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](http://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.

**Nedanstående uppgifter ska endast gruppföreträdare/försäkringsförmedlare för så kallade UP-avtal fylla i**

Ett UP avtal är ett avtal Utan Personuppgifter där inte Bliwa hanterar försäkringsregister utan det hanteras av gruppföreträdare alternativt försäkringsförmedlare

Ange vilket försäkringsbelopp som gruppmedlem respektive medförsäkrad haft, vilket försäkringsbelopp som tecknats. Om uppgifterna inte får plats, fortsätt på separat papper.

Livförsäkringsbelopp	Försäkrad <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF	Anslutningsdatum (ÅÅ-MM-DD)	Anslutning full arbetsförhet <input type="checkbox"/>	Anslutning med hälsodeklaration <input type="checkbox"/>	Anslutning genom optionsrätt <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> MF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gruppföreträdarens/försäkringsförmedlarens underskrift**

Härmed bekräftar jag att sökande till livförsäkringen har omfattats av markerade försäkringar.

Datum (ÅÅ-MM-DD)	Gruppföreträdarens underskrift	Namnförtydligande
Telefon	Mejladress	