

SÄLJARNAS ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING 2021

Frivillig gruppförsäkring



FYLL I:

1. Personuppgifter

2. Välj försäkring

Välj de försäkringar du vill ansöka om och fyll i uppgifter om försäkrad/försäkrade.

3. Frågor om din hälsa

4. Intygande

► SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:

Bliwa Livförsäkring
Box 13076
103 02 Stockholm

► KUNDSERVICE HOS BLIWA:

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

1. Personuppgifter

GRUPPMEDLEM

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

E-POSTADRESS: _____ NY MEDLEM FROM: _____

MEDFÖRSÄKRAD (make/maka/sambo)

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

2. Välj försäkring

På följande sidor kryssar du i de försäkringar du/ni vill ansöka om. Glöm inte att fylla i hälsodeklarationen. Som gruppmedlem måste du ha minst en av nedanstående försäkringar för att din make, maka eller sambo ska kunna medförsäkras. Du kan teckna andra försäkringsbelopp och försäkringar för din make, maka eller sambo än för dig själv. Ett undantag är barn- och gravidförsäkringen, som bara kan tecknas av dig som är gruppmedlem.

Livförsäkring

Slutålder för försäkringen är 67 år. Försäkringsbeloppet minskar med stigande ålder.
Hela dödsfallskapitalet betalas ut om ditt barn under 20 år avlider.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
285 600 kronor (6 prisbasbelopp)	13 kronor	24 kronor	57 kronor	74 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
476 000 kronor (10 prisbasbelopp)	21 kronor	40 kronor	95 kronor	123 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
714 000 kronor (15 prisbasbelopp)	30 kronor	59 kronor	142 kronor	184 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
952 000 kronor (20 prisbasbelopp)	40 kronor	78 kronor	189 kronor	245 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	59 kronor	117 kronor	283 kronor	367 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 904 000 kronor (40 prisbasbelopp)	79 kronor	155 kronor	377 kronor	489 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 380 000 kronor (50 prisbasbelopp)	98 kronor	194 kronor	471 kronor	612 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Försäkringsbeloppet reduceras med 5 procentenheter från 55 års ålder till lägst 50 procent av försäkringsbeloppet.

Sjukförsäkring

Slutålder för försäkringen är 65 år och karenstid för försäkringen är 90 dagar.
Ersättningstiden är som längst 36 månader, dock högst till och med slutåldern.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
		18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–64 ÅR		
–14 999 kronor	1 000 kronor	9 kronor	11 kronor	14 kronor	21 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 000–24 999 kronor	1 500 kronor	13 kronor	16 kronor	21 kronor	31 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 000–34 999 kronor	2 100 kronor	18 kronor	22 kronor	30 kronor	44 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 000–42 999 kronor	2 500 kronor	22 kronor	27 kronor	36 kronor	52 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 000–49 999 kronor	3 500 kronor	30 kronor	37 kronor	50 kronor	73 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 000 kronor –	4 500 kronor	39 kronor	48 kronor	64 kronor	94 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
50 000 kronor	13 kronor	25 kronor	48 kronor	75 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR	GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	47 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 380 000 kronor (50 prisbasbelopp)	72 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekonomisk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 5 procentenheter per år.
Medicinsk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 2,5 procentenheter per år.

Sjukkapital

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–64 ÅR		
285 600 kronor (6 prisbasbelopp)	10 kronor	11 kronor	15 kronor	19 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
476 000 kronor (10 prisbasbelopp)	16 kronor	19 kronor	25 kronor	31 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
714 000 kronor (15 prisbasbelopp)	24 kronor	28 kronor	37 kronor	47 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
952 000 kronor (20 prisbasbelopp)	32 kronor	37 kronor	50 kronor	62 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	48 kronor	56 kronor	75 kronor	94 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 904 000 kronor (40 prisbasbelopp)	63 kronor	75 kronor	100 kronor	125 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 380 000 kronor (50 prisbasbelopp)	79 kronor	96 kronor	125 kronor	156 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet sker med 4 procentenheter per år från 36–56 år och med 2 procentenheter per år från 57–60 år. Därefter kvarstår 8 procent av försäkringsbeloppet till försäkringens slutålder.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
285 600 kronor (6 prisbasbelopp)	21 kronor	25 kronor	27 kronor	29 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
476 000 kronor (10 prisbasbelopp)	36 kronor	41 kronor	45 kronor	48 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
714 000 kronor (15 prisbasbelopp)	54 kronor	62 kronor	68 kronor	73 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
952 000 kronor (20 prisbasbelopp)	71 kronor	82 kronor	90 kronor	97 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	107 kronor	123 kronor	135 kronor	145 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ekonomisk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 5 procentenheter per år.
Medicinsk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 2,5 procentenheter per år.

Vårdförsäkring Premium – med självrisk eller remiss

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
309 kronor	356 kronor	450 kronor	554 kronor		

Självrisk 750 kr eller remiss.

Barn- och Gravidförsäkring – Bas

När du ansöker får inte barnet ha fyllt 25 år. Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år, men längst tills du fyller 67 år. Gäller för olycksfall och sjukdom. Du betalar en premie per barn. Ingen ersättning utgår för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem. Nedan anger du barnens personnummer.

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP	
	1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 380 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Barn 1: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad
Barn 2: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad
Barn 3: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad
Barn 4: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad
Barn 5: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad

Gravid

MODERNIS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP	
	1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 380 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Moder: _____-_____	<input type="checkbox"/> 84 kronor/månad	<input type="checkbox"/> 113 kronor/månad

Förväntat födelsedatum: _____

Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/saljarnas

Betalning

Försäkringarna betalas genom autogiro månadsvis alternativt avi eller e-faktura tre gånger per år. På bliwa.se/saljarnas publiceras aktuella priser.

3. Frågor om din hälsa

Ska du ansöka om olycksfallsförsäkring och/eller barn- och gravidförsäkring behöver du inte fylla i hälsodeklarationen.

Hälsodeklaration

Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av dig som ska försäkras. Kompletteringar lämnar du på blankettens baksida. Det är viktigt att du besvarar varje fråga. För sjukvårdsförsäkring, räcker det alltid med att besvara fråga 1. Försäkringen kan tidigast träda i kraft den dag då försäkringsgivaren har mottagit din hälsodeklaration med ett sådant innehåll att försäkringen senare kan beviljas. Sänd därför in ansökan och hälsodeklarationen omgående!

Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför. Varje fråga ska då besvaras. Medförsäkrad skall alltid lämna hälsodeklaration.

GRUPPMEDLEMS NAMN: _____					
PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____					
MEDFÖRSÄKRADS NAMN: _____					
PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____					
		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, haft sjukersättning eller liknande ersättning?

GRUPPMEDLEM: _____	MEDFÖRSÄKRAD: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Övriga upplysningar

Viktig information!

Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/saljarnas. På bliwa.se/saljarnas publiceras aktuella priser.

Bliwa publicerar ditt försäkringsbesked på bliwa.se/minasidor. Bliwa kommer successivt publicera övrig information, som enligt gällande lagar och regelverk kan publiceras digitalt, på Mina Sidor. För att få en notis när ny information har publicerats måste du registrera din e-postadress på Mina Sidor. Om du fortsättningsvis vill få försäkringsbesked via post behöver du anmäla det på Mina Sidor.

4. 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: _____ MEDFÖRSÅKRADS UNDERSKRIFT: _____

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

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.