

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 13076  
103 02 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>238 000 kronor</b> (5 prisbasbelopp)	16 kronor	40 kronor	74 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>476 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	29 kronor	76 kronor	148 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>952 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	54 kronor	149 kronor	294 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 190 000 kronor</b> (25 prisbasbelopp)	67 kronor	186 kronor	367 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 428 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	79 kronor	222 kronor	441 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 904 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	105 kronor	295 kronor	587 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 380 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	131 kronor	369 kronor	734 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dödsfallskapital för barn ingår med 47 600 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>1 428 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	41 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 904 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	51 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 380 000 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>285 600 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	12 kronor	46 kronor	68 kronor	81 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>476 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	20 kronor	77 kronor	114 kronor	136 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>714 000 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	30 kronor	116 kronor	171 kronor	203 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>952 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	40 kronor	154 kronor	227 kronor	271 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 428 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	60 kronor	231 kronor	341 kronor	407 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 904 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	80 kronor	308 kronor	455 kronor	542 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 380 000 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>285 600 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	7 kronor	12 kronor	18 kronor	20 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>476 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	12 kronor	19 kronor	29 kronor	33 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>714 000 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	18 kronor	29 kronor	44 kronor	50 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>952 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	24 kronor	39 kronor	59 kronor	66 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 428 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	36 kronor	58 kronor	88 kronor	99 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 904 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	49 kronor	78 kronor	118 kronor	132 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 380 000 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
1 428 000 kronor (30 prisbasbelopp)	121 kronor	<input type="checkbox"/>
1 904 000 kronor (40 prisbasbelopp)	146 kronor	<input type="checkbox"/>
2 380 000 kronor (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.

# Frågor om din hälsa

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, olycksfallsförsäkring och/eller barnförsäkring 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

JA

NEJ

MEDFÖR-  
SÄKRAD

JA

NEJ

1. Är du fullt arbetsför?\*

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 ►

3. Använder du någon receptbelagd medicin?

Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►

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 ►

5. Röker du dagligen?

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 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.