

Ansökan om Tjänstegruppplivförsäkring – TGL

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 13076
103 02 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80
affarsstod@bliwa.se

Avtalsuppgifter

Arbetsgivarens namn		Organisationsnummer
Adress		Kontaktperson
Postnummer	Ort	Telefon
Totalt antal försäkringsberättigade* tjänstemän		Datum då försäkringen ska börja gälla (måste anges till den 1:a i en kommande månad)

*)Försäkringsberättigad är i företaget:

- samtliga tjänstemän mellan 18 och 70 år som arbetar minst 8 timmar per vecka (beträffande deltidsanställda, se försäkringsvillkoren)
- verksam ägare i aktiebolag (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.

Tidigare TGL försäkring

Har företaget tidigare haft TGL

<input type="checkbox"/> Nej, TGL har inte funnits tidigare	Tidigare avtalsnummer	Datum då försäkringen upphörde
<input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolaget:		

Kollektivavtal

Ange vilket kollektiv avtal ni omfattas av eller om ni saknar kollektivavtal

<input type="checkbox"/> Kollektivavtal saknas	
<input type="checkbox"/> SvN/PTK -enligt kollektivavtal mellan Svenskt Näringsliv och Förhandlings- och samverkansrådet PTK.	
<input type="checkbox"/> BAO/Finansförbundet -enligt kollektivavtal mellan Bankinstitutens Arbetsgivarorganisation och Finansförbundet/SACO.	
<input type="checkbox"/> FAO/FTF -enligt kollektivavtal mellan Försäkringsbranschens Arbetsgivarorganisation (FAO) och Försäkringstjänstemannaförbundet (FTF)/ Jusek/Civilekonomernas Riksförbund/Sveriges Ingenjörer.	
Fullständiga försäkringsvillkor för respektive kollektivavtalsområde och för icke kollektivavtalat TGL finns på se www.bliwa.se	
Medlemsnummer i arbetsgivarförbund	Medlemskap fr o.m

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 enligt gällande definition i försäkringsvillkoren. Undertecknad firmatecknare ansöker härmed om försäkringsavtal avseende TGL-försäkring.

Ort och datum	Behörig firmatecknares underskrift	Namnförtydligande
---------------	------------------------------------	-------------------

Ansökan om TGL har förmedlats av

Fylls enbart i om det är aktuellt

Förmedlande bolag Nordnet	Kontaktperson
Telefon till kontaktperson	Underskrift

Allmänna bestämmelser om Tjänstegrupplivförsäkring

Bilaga 1 till Ansökan om Tjänstegrupplivförsäkring - TGL

Försäkringsvillkor

För försäkringen gäller de bestämmelser som framgår av Bliwas vid var tid gällande försäkrings-villkor för respektive kollektivavtalsområde samt för icke kollektivavtalad TGL. Samtliga försäkringsvillkor återfinns på www.bliwa.se. 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.

Om försäkringen är kollektivavtalad gäller även de bestämmelser som framgår av respektive kollektivavtal. Om en bestämmelse i kollektivavtalet skulle avvika mot en bestämmelse i detta avtal gäller en sådan avvikelse före detta avtal.

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 respektive 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 respektive 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. 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 förfallodagen.

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 gäller 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 verk-samhet 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 Tjänstegrupplivförsäkring – TGL

Skickas till:Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 13076
103 02 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80
affarsstod@bliwa.se**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