

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

# Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/organisationens namn

**Skickas till:**

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

- Optionsrätt i sjukförsäkringen innebär att försäkringstagaren vid den försäkrades löneförhöjning och en (1) gång per år har rätt att höja försäkringsbeloppet med en (1) nivå mot intygande om full arbetsförhet.
- Optionsrätten gäller om ansökan om höjning kommer in till Bliwa inom 3 månader från den senaste av följande två tidpunkter:
  - den försäkrade fick kännedom om inkomstförändringen,
  - den nya inkomsten började gälla.
- För att utnyttja optionsrätten krävs dessutom att minst 12 månader har passerat sedan denna rätt senast utnyttjades. Det är försäkringstagaren (gruppledanden) 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

**Jag har ny månadsinkomst och ansöker om höjning av mitt sjukförsäkringsbelopp**

Gäller från och med	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	Ange nytt försäkringsbelopp	Ange nytt försäkringsbelopp
	kr	kr

**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.

Sjukförsäkringsbelopp	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 sjukförsäkringen har omfattats av markerade försäkringar.

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