

Ansökan till gruppförsäkring i Bliwa 2023

Gruppavtal

805 Finansförbundet

Bliwa

Gruppmedlem

Namn		Personnummer
Gatuadress		Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort	
Medlem från och med		

Medförsäkrad

Namn	Personnummer
------	--------------

OBS! Hälsodeklaration på separat blankett!

Gruppmedlem måste omfattas av minst en försäkring för att make, maka, sambo ska kunna medförsäkras. Gruppmedlem har dock rätt att teckna andra försäkringsbelopp och försäkringar för make, maka, sambo än de belopp och försäkringar gruppmedlemmen tecknat för sig själv, förutom barnförsäkring som endast kan tecknas av gruppmedlemmen.

		Högsta ersättning				Månadspremie i kronor	
Livförsäkring, Dödsfallskapital		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	5 pbb	12	24	41	65	☐	☐
	10 pbb	19	41	74	120	☐	☐
	15 pbb	26	58	106	176	☐	☐
	20 pbb	33	75	138	232	☐	☐
	30 pbb	47	109	202	344	☐	☐
	40 pbb	61	143	267	455	☐	☐
	50 pbb	75	178	331	567	☐	☐
Sjukförsäkring		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 67 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Månadslön: Upp till - 26 999	1 000 kr	8	11	13	17	☐	☐
Månadslön: 27 000 - 32 999	2 000 kr	16	23	26	35	☐	☐
Månadslön: 33 000 - 39 999	3 000 kr	24	34	39	52	☐	☐
Månadslön: 40 000 - 49 999	4 000 kr	32	45	52	69	☐	☐
Månadslön: 50 000 kr och mer	5 000 kr	40	57	65	87	☐	☐
Diagnosförsäkring		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	1 pbb	7	15	30	45	☐	☐
	3 pbb	18	42	84	128	☐	☐
	5 pbb	29	68	138	210	☐	☐
Sjukkapital		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 65 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	3 pbb	9	12	14	15	☐	☐
	5 pbb	14	20	23	25	☐	☐
	10 pbb	28	40	46	51	☐	☐
	15 pbb	43	60	69	76	☐	☐
	20 pbb	57	80	92	101	☐	☐
	30 pbb	85	120	138	152	☐	☐
	40 pbb	114	160	184	203	☐	☐
Medicinsk invaliditet vid sjukdom		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	30 pbb	19	44	97	142	☐	☐
	40 pbb	25	58	129	190	☐	☐
	50 pbb	31	73	161	237	☐	☐
Olycksfallsförsäkring, Heltid				- 30 år	31 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
	30 pbb			24	50	☐	☐
	40 pbb			29	63	☐	☐
	50 pbb			34	75	☐	☐
Värdförsäkring Premium		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Självrisk 750 kronor eller remiss.		160	215	234	261	☐	☐
Barnförsäkring Bas						- 25 år	Gruppmedlem
	30 pbb					89	☐
	40 pbb					104	☐
	50 pbb					118	☐
Barnförsäkring Premium Extra						- 25 år	Gruppmedlem
	30 pbb					257	☐
	40 pbb					314	☐
	50 pbb					372	☐

Ansökan till gruppförsäkring i Bliwa 2023

Gruppavtal
805 Finansförbundet

Bliwa

Barnförsäkring

Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb

Gravid

Moderns personnummer	Produkt	pbb
Föväntat födelsedatum		

Prisbasbeloppet(pbb) för 2023 är: 52 500 kronor.

Ansökan skickar du till:
Bliwa
Box 13076
103 02 Stockholm

Optionsrätt för höjning av försäkringsbeloppet i livförsäkring

Optionsrätt innebär rätt att vid särskild familjehändelse höja livförsäkringsbeloppet med en (1) nivå, dock till högst 1 MKR eller högst 20 prisbasbelopp, beroende på utformningen av försäkringsbeloppet. Höjningen görs mot intygande om full arbetsförhet. Ansökan görs på särskild blankett. Där framgår även detaljerad information om optionsrätten.

Optionsrätt för höjning av försäkringsbeloppet i sjukförsäkring

Optionsrätt innebär att den försäkrade vid löneförhöjning och en (1) gång per år har rätt att höja försäkringsbeloppet med en (1) nivå mot intygande om full arbetsförhet. Ansökan görs på särskild blankett. Där framgår även detaljerad information om optionsrätten.

Ansökan till gruppförsäkring i Bliwa 2023

Gruppavtal
805 Finansförbundet

Bliwa

Hälsodeklaration

Gruppmedlems namn	Personnummer	
Make/registrerad partner/sambo (medförsäkrads) namn	Personnummer	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. 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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
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 (t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
5. Ange din längd och vikt	Vikt: kg Längd: cm	Vikt: kg Längd: cm
6. Röker du? Om du tidigare varit rökare, vilket år slutade du att röka? Gruppmedlem: Årtal..... Medförsäkrad: Årtal.....	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej

Övriga upplysningar

Vänd ➡

Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-4 måste du besvara frågorna nedan.		
Komplettering avseende fråga nr:	Gruppmedlem	Medförsäkrad
2. Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts? Ange tidpunkt? Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med 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?		
3. Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.		
4. Ange vilken sjukdom/skada/handikapp som sjukskrivningen gällde för och vilka tider du har varit sjukskriven eller haft tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning.		

Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På www.bliwa.se/Om-Bliwa/Behandling-av-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. Ditt försäkringsbesked publiceras på bliwa.se/minasidor. Bliwa kommer sedan publicera övrig information, som enligt gällande lagar och regelverk kan publiceras digitalt, på Mina Sidor. Det är viktigt att du registrerar din e-postadress på Mina sidor för att få notis varje gång vi publicerat något viktigt för dig att ta del av. Om du fortsättningsvis vill få försäkringsbesked via post behöver du anmäla det på Mina Sidor. Du är förstås också välkommen att ringa oss.

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	Telefon dagtid
Underskrift av gruppmedlem	
Underskrift av medförsäkrad	