

ANSÖKAN

TILL VÅRDFÖRSÄKRING PREMIUM EXTRA I BLIWA 2023

Gruppavtal 923 Nordnet Pensionsförsäkring

Gruppmedlemmens namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort

Varje fysisk person som ingår i den försäkringsberättigade gruppen betecknas i detta avtal var för sig som gruppmedlem. Den försäkringsberättigade gruppen består av fysiska personer som har fyllt 16 men inte 65 år och som är anställda* hos en arbetsgivare som ingått avtal om tjänstepension med Nordnet. Dessa personer är gruppmedlemmar och kan ansöka om försäkring för sin egen del.

Anställd *) Med anställd avses i detta avtal en person som omfattas av svensk socialförsäkring och som är tillsvidareanställd, provanställd eller tjänstledig i högst tre månader. Med anställd jämställs även en person som bedriver näringsverksamhet i enskild firma, handels- eller kommanditbolag eller som är arbetande delägare i ett aktiebolag.

Gruppföreträdare är Nordnet som företräder den försäkringsberättigade gruppen som sådan i förhållande till Bliwa. Försäkringsavtal om vårdförsäkring ingås mellan gruppmedlemmen och försäkringsgivaren efter förmedling av Nordnet Pensionsförsäkring AB, 516406-0286, ("Nordnet").

En förutsättning för att Bliwa ska bevilja försäkringen är att du intygar att du är fullt arbetsför samt att även arbetsgivaren undertecknar denna ansökan. Försäkringen kan tidigast träda i kraft den dag då Bliwa har mottagit din ansökan. Sänd därför in ansökan omgående till Bliwa Livförsäkring, Box 13076, 103 02 Stockholm.

Det är din arbetsgivare som är betalningsansvarig för försäkringen.

Månadskostnad Premium Extra 2023		
–35 ÅR	36–55 ÅR	56–65 ÅR
514 kronor	626 kronor	917 kronor

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.

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, aktivitet ersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadeliivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitet ersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadeliivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadeliivräntan är vilande.

☐ Ja ☐ Nej

Försäkringsgivare

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt,
Box 13076 103 02 STOCKHOLM
orgnr: 502006-6329
Tfn 08-696 22 80, affarsstod@bliwa.se

Intygande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag ingår i den försäkringsberättigade gruppen. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till vård och försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa. Jag är även medveten om att försäkringen upphör om gruppavtalet upphör eller om jag inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen. Jag intygar även att jag tagit del av förköpsinformationen.

Ort och datum

Underskrift av gruppmedlem

Arbetsgivarens underskrift

Genom underskrift av denna ansökan utfäster vi oss gentemot Bliwa och gruppmedlemmen att betala vid var tid gällande premier för vårdförsäkring Premium Extra samt att meddela Bliwa om en person utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Vi godkänner att Bliwa fakturerar premien månadsvis i efterskott samt att Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Vi är införstådda med att om premien inte betalas i rätt tid och om dröjsmålet inte är ringa, har Bliwa rätt att säga upp försäkringen i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

Arbetsgivarens namn

Organisationsnummer

Fakturaadress

Postnummer och ort

Namnteckning

Ort och datum

Namnförtydligande

Telefonnummer dagtid