

SKANSKA ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING GÄLLER FRÅN 1 JANUARI 2023, AVTAL 550:

Frivillig gruppförsäkring



FYLL I:

1. Personuppgifter

2. Välj försäkring

Välj de försäkringar du vill ansöka om och fyll i uppgifter om försäkrad/försäkrade.

3. Frågor om din hälsa

4. Intygande

► SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:

Bliwa Livförsäkring
Box 13076
103 02 Stockholm

► KUNDSERVICE HOS BLIWA:

Telefon: 08-696 22 80
E-post: kund@bliwa.se

GRUPPMEDLEM

A number line from 0 to 10. The numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10 are written below the line. Tick marks are present at every integer. The number 7 is circled. A horizontal line segment is drawn above the tick mark for 7.

[illegible]

På följande sidor kryssar du i de försäkringar du/ni vill ansöka om. Glöm inte att fylla i hälsodeklarationen. Som gruppmedlem måste du ha minst en av nedanstående försäkringar för att din make, maka eller sambo ska kunna medförsäkras. Du kan teckna andra försäkringsbelopp och försäkringar för din make, maka eller sambo än för dig själv. Ett undantag är barnförsäkringen, som bara kan tecknas av dig som är gruppmedlem.

Optionsrätt ingår. Det innebär rätt att vid särskild familjehändelse höja livförsäkringsbeloppet med en (1) nivå. Höjningen görs mot intygande om full arbetsförhet. Ansökan görs på särskild blankett. Där framgår även detaljerad information om optionsrätten.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	–35 ÅR	MÅNADSKOSTNAD 36–55 ÅR	56–66 ÅR	GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
525 000 kronor (10 prisbasbelopp)	24 kronor	46 kronor	91 kronor	☐	☐
1 050 000 kronor (20 prisbasbelopp)	45 kronor	90 kronor	181 kronor	☐	☐
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	67 kronor	134 kronor	271 kronor	☐	☐
2 100 000 kronor (40 prisbasbelopp)	88 kronor	178 kronor	361 kronor	☐	☐
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	109 kronor	222 kronor	451 kronor	☐	☐

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Livförsäkring Olycksfall

Slutålder för försäkringen är 67 år. Försäkringen gäller endast vid dödsfall på grund av ett olycksfall. Försäkringsbeloppet minskar inte vid stigande ålder. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR	▼ GRUPP- MEDLEM	▼ MEDFÖR- SÄKRAD
		☐	☐
1 050 000 kronor (20 prisbasbelopp)	18 kronor	☐	☐
2 100 000 kronor (40 prisbasbelopp)	35 kronor	☐	☐

Sjukkapital

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 65 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	–35 ÅR	36–64 ÅR		
525 000 kronor (10 prisbasbelopp)	8 kronor	17 kronor	☐	☐
1 050 000 kronor (20 prisbasbelopp)	15 kronor	34 kronor	☐	☐
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	23 kronor	52 kronor	☐	☐
2 100 000 kronor (40 prisbasbelopp)	31 kronor	69 kronor	☐	☐
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	39 kronor	86 kronor	☐	☐

Reduktion av försäkringsbelopp sker med 4 procentenheter per år från 36–56 år och med 2 procentenheter per år från 57–60 år.
Därefter kvarstår 8 procent av försäkringsbeloppet till försäkringens slutålder

Sjukförsäkring

Slutålder för försäkringen är 65 år och karenstid för försäkringen är 90 dagar.

Ersättningstiden är som längst 48 månader, dock högst till och med slutåldern. Premiebefrielse ingår.

Optionsrätt ingår. Det 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.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP- MEDLEM
		–35 ÅR	36–64 ÅR	
–26 999 kronor	1 400 kronor	8 kronor	14 kronor	☐
27 000–39 999 kronor	2 100 kronor	12 kronor	21 kronor	☐
40 000–49 999 kronor	2 800 kronor	16 kronor	28 kronor	☐
50 000–59 999 kronor	3 500 kronor	20 kronor	35 kronor	☐
60 000 kronor –	4 200 kronor	24 kronor	42 kronor	☐

Diagnosförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	–35 ÅR	36–66 ÅR		
50 000 kronor	10 kronor	25 kronor	☐	☐
100 000 kronor	19 kronor	49 kronor	☐	☐
200 000 kronor	39 kronor	98 kronor	☐	☐

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR	GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	47 kronor	☐	☐
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	72 kronor	☐	☐

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	–35 ÅR	36–66 ÅR		
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	98 kronor	122 kronor	☐	☐
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	163 kronor	204 kronor	☐	☐

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år.

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Barn- och gravidförsäkring – Bas

Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år, men längst tills du fyller 67 år. Gäller för olycksfall och sjukdom.

Du betalar en premie per barn. Ingen ersättning utgår för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem, på nästa sida anger du barnens personnummer

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	89 kronor
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	118 kronor

Barn och gravidförsäkring – Premium

Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år, men längst tills du fyller 67 år. Gäller för olycksfall och sjukdom.

Du betalar en premie per barn. Ersättningen för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem, beräknas på 10 procent av försäkringsbeloppet. På nästa sida anger du barnens personnummer.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	156 kronor
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	221 kronor

Barn- och gravidförsäkring – Premium Extra

Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år, men längst tills du fyller 67 år. Gäller för olycksfall och sjukdom.

Du betalar en premie per barn. Ersättningen för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem, beräknas utan undantag eller begränsning. På nästa sida anger du barnens personnummer.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	257 kronor
2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)	372 kronor

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRING OCH FÖRSÄKRINGSBELOPP		
	FÖRSÄKRING	1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Barn 1: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐
Barn 2: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐
Barn 3: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐
Barn 4: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐
Barn 5: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐

GRAVID MODERNIS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRING OCH FÖRSÄKRINGSBELOPP		
	FÖRSÄKRING	1 575 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 625 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Moder: ____-____	Bas	☐	☐
	Premium	☐	☐
	Premium Extra	☐	☐
Föväntat födelsedatum: ____			

3. Frågor om din hälsa

Hälsodeklaration

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 Livförsäkring olycksfall, 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, haft sjukersättning eller liknande ersättning?

GRUPPMEDLEM: _____

MEDFÖRSÄKRAD: _____

Övriga upplysningar

Viktig information!

Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/skanska. Försäkringarna betalas via löneavdrag. På bliwa.se/skanska publiceras aktuella priser.

Bliwa publicerar dina försäkringsbesked på bliwa.se/minasidor. Bliwa kommer successivt publicera övrig information, som enligt gällande lagar och regelverk kan publiceras digitalt, på Mina sidor. För att få en notis när ny information har publicerats måste du registrera din e-postadress på Mina sidor. Om du vill få försäkringsbesked via post behöver du anmäla det på Mina sidor.

4. 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: _____ MEDFÖRSÅKRADS 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 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.