

# Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2024

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					
<b>Livförsäkring, Dödsfallskapital</b>		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
5 pbb	13	26	45	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 pbb	21	45	81	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 pbb	29	64	117	194	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	36	83	152	255	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	52	120	222	378	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	67	157	294	501	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	83	196	364	624	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukförsäkring</b>		- 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 27 000 - 32 999	2 000 kr	16	23	26	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 33 000 - 39 999	3 000 kr	24	34	39	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 40 000 - 49 999	4 000 kr	32	45	52	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 50 000 kr och mer	5 000 kr	40	57	65	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnosförsäkring</b>		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1 pbb	8	17	33	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 pbb	20	46	92	141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 pbb	32	75	152	231	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukkapital</b>		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 65 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
3 pbb	10	13	15	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 pbb	15	22	25	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 pbb	31	44	51	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 pbb	47	66	76	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	63	88	101	111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	94	132	152	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	125	176	202	223	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medicinsk invaliditet vid sjukdom</b>		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
30 pbb	21	48	107	156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	28	64	142	209	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	34	80	177	261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Olycksfallsförsäkring, Heltid</b>		- 30 år	31 - 70 år			Gruppmedlem	Medförsäkrad
30 pbb	25	53			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	31	67			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	36	80			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Värdförsäkring Premium</b>		- 35 år	36 - 45 år	46 - 55 år	56 - 70 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Självrisk 750 kronor eller remiss.	176	237	258	287	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Barnförsäkring Bas</b>		- 25 år				Gruppmedlem	
30 pbb	96				<input type="checkbox"/>		
40 pbb	112				<input type="checkbox"/>		
50 pbb	127				<input type="checkbox"/>		
<b>Barnförsäkring Premium Extra</b>		- 25 år				Gruppmedlem	
30 pbb	278				<input type="checkbox"/>		
40 pbb	339				<input type="checkbox"/>		
50 pbb	402				<input type="checkbox"/>		

# Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2024

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: 57 300 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 grupp försäkring i Bliwa 2024

Gruppavtal  
805 Finansförbundet

# Bliwa


## Hälsodeklaration

Fylls i personligen av dig som ska försäkras.

**Ska du ansöka om olycksfallsförsäkring, barnförsäkring och/eller vårdförsäkring behöver du bara besvara fråga 1.**

Gruppmedlems namn	Personnummer	
Make/registrerad partner/sambo (medförsäkrads) namn	Personnummer	
	<b>Gruppmedlem</b>	<b>Medförsäkrad</b>
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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du någon receptbelagd medicin?  Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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
<p>2. Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts?</p> <p>Ange tidpunkt?</p> <p>Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik?</p> <p>Är du helt återställd och utan besvär. Om ja, ange sedan när?</p> <p>Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?</p>		
<p>3. Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.</p>		
<p>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.</p>		

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](http://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.

<p><b>Intygande</b> 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.</p>	
Ort och datum	Telefon dagtid
Underskrift av gruppmedlem	
Underskrift av medförsäkrad	