

ANSÖKAN

Frivillig Grupp försäkring

FYLL I:

1. Företaget och personer

Uppgifter om företaget.

Uppgifter om dig och den person du vill medförsäkra (make/maka/sambo).

2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

3. Försäkringar

Välj de försäkringar du/ni vill ansöka om.

4. Frågor om din hälsa

► **SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:**

Bliwa Livförsäkring
Box 13076
103 02 Stockholm

► **KONTAKTA BLIWA PÅ:**

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

► **KONTAKTA SH PENSION:**

Telefon: 010-471 87 70
E-post: kontakt@shpension.se

1. Företaget och personer

Företaget

FÖRETAG: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

ORGANISATIONSNUMMER: _____

Gruppmedlem

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

E-POSTADRESS: _____

Medförsäkrad

MAKE / MAKÅ / SAMBO

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

Försäkringen betalas via...

AUTOGIRO ELLER MED INBETALNINGSKORT (TERTIAL).
VILL DU BETALA DIN FÖRSÄKRING VIA AUTOGIRO KAN DU LÄMNA MEDGIVANDE
VIA BLIWA.SE/SHPENSION ELLER FYLLO I EN BLANKETT OCH SKICKA IN.

FAKTURA TILL FÖRETAGET (MÅNAD, HELÅR, HALVÅR).
OBSERVERA ATT ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT BEHÖVS VID BETALNING VIA FÖRETAGET.

FAKTURA ÖNSKAS PER:

MÅNAD HALVÅR HELÅR

UNDERSKRIFT AV BETALARE (OM FÖRSÄKRINGARNA BETALAS VIA FÖRETAGET): _____

3. Försäkringar

På följande sidor **kryssar du i** de försäkringar du/ni vill ansöka om.

Livförsäkring

Om du dör kan en livförsäkring ge dina närstående ekonomisk trygghet i form av ett engångsbelopp under en svår period. När du ansöker får du inte ha fyllt 67 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

| FÖRSÄKRINGSBELOPP | MÅNADSKOSTNAD | | | GRUPP-MEDLEM | MEDFÖR-SÄKRAD |
|---|---------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | 18–35 ÅR | 36–47 ÅR | 48–67 ÅR | | |
| 286 500 kronor (5 prisbasbelopp) | 20 kronor | 53 kronor | 102 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 573 000 kronor (10 prisbasbelopp) | 35 kronor | 101 kronor | 203 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 146 000 kronor (20 prisbasbelopp) | 65 kronor | 197 kronor | 404 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 432 500 kronor (25 prisbasbelopp) | 81 kronor | 245 kronor | 505 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp) | 96 kronor | 294 kronor | 606 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 292 000 kronor (40 prisbasbelopp) | 127 kronor | 390 kronor | 807 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp) | 158 kronor | 487 kronor | 1009 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dödsfallskapital för barn ingår med 57 300 kronor (1 prisbasbelopp).

Olycksfallsförsäkring (heltid)

Om du råkar ut för ett olycksfall som leder till invaliditet eller medför kostnader kan en olycksfallsförsäkring ge dig ekonomisk ersättning. När du ansöker får du inte ha fyllt 67 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

| FÖRSÄKRINGSBELOPP | MÅNADSKOSTNAD 18–67 ÅR | GRUPP-MEDLEM | MEDFÖR-SÄKRAD |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | |
| 1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp) | 47 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 292 000 kronor (40 prisbasbelopp) | 58 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp) | 70 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Sjukförsäkring

Om du blir sjuk en längre tid kan den månatliga ersättningen från sjukförsäkringen komplettera det du får från Försäkringskassan, eventuell kollektivavtalad försäkring eller annan pensionsplan. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

| MÅNADSLÖN FÖRE SKATT | ERSÄTTNING PER MÅNAD | MÅNADSKOSTNAD | | | | GRUPP- MEDLEM | MEDFÖR- SÄKRAD |
|-------------------------|-------------------------|---------------|-----------|-----------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 18–39 ÅR | 40–55 ÅR | 56–60 ÅR | 61–65 ÅR | | |
| 0–14 999 kronor | 1 000 kronor | 13 kronor | 17 kronor | 23 kronor | 26 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 000–26 999 kronor | 1 500 kronor | 20 kronor | 26 kronor | 35 kronor | 40 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 000–37 999 kronor | 2 100 kronor | 28 kronor | 36 kronor | 49 kronor | 55 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 000–44 999 kronor | 2 500 kronor | 33 kronor | 43 kronor | 58 kronor | 66 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| > 45 000 kronor | 3 500 kronor | 47 kronor | 60 kronor | 82 kronor | 92 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 4 500 kronor | 56 kronor | 72 kronor | 98 kronor | 110 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Karenstiden är 90 dagar. Ersättningen betalas ut som längst i 36 månader vilket motsvarar tre år.

Diagnosförsäkring

Drabbas du av en allvarlig sjukdom kan du få ett engångsbelopp direkt vid vissa diagnoser. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

| FÖRSÄKRINGSBELOPP | MÅNADSKOSTNAD | | | | GRUPP- MEDLEM | MEDFÖR- SÄKRAD |
|-------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| | 18–39 ÅR | 40–55 ÅR | 56–60 ÅR | 61–65 ÅR | | |
| 50 000 kronor | 21 kronor | 45 kronor | 64 kronor | 95 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sjukkapital

Om din arbetsförmåga skulle bli nedsatt under en längre period kan ett sjukkapital ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år.

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

| FÖRSÄKRINGSBELOPP | MÅNADSKOSTNAD | | | | GRUPP-MEDLEM | MEDFÖR-SÄKRAD |
|---|---------------|------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | 18-39 ÅR | 40-55 ÅR | 56-60 ÅR | 61-65 ÅR | | |
| 343 800 kronor (6 prisbasbelopp) | 14 kronor | 56 kronor | 83 kronor | 98 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 573 000 kronor (10 prisbasbelopp) | 24 kronor | 93 kronor | 138 kronor | 164 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 859 500 kronor (15 prisbasbelopp) | 36 kronor | 140 kronor | 206 kronor | 246 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 146 000 kronor (20 prisbasbelopp) | 48 kronor | 186 kronor | 275 kronor | 328 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp) | 72 kronor | 280 kronor | 413 kronor | 492 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 292 000 kronor (40 prisbasbelopp) | 97 kronor | 373 kronor | 550 kronor | 656 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp) | 121 kronor | 466 kronor | 688 kronor | 820 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Reduktion av försäkringsbeloppet sker med 5 procentenheter per år från 55 års ålder till lägst 50 % av fulla försäkringsbeloppet.

Medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om din funktionsförmåga skulle bli nedsatt till följd av sjukdom kan den här försäkringen ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 65 år.

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

| FÖRSÄKRINGSBELOPP | MÅNADSKOSTNAD | | | | GRUPP-MEDLEM | MEDFÖR-SÄKRAD |
|---|---------------|------------|------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | 18-39 ÅR | 40-55 ÅR | 56-60 ÅR | 61-65 ÅR | | |
| 343 800 kronor (6 prisbasbelopp) | 8 kronor | 15 kronor | 22 kronor | 24 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 573 000 kronor (10 prisbasbelopp) | 15 kronor | 23 kronor | 35 kronor | 40 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 859 500 kronor (15 prisbasbelopp) | 22 kronor | 35 kronor | 53 kronor | 61 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 146 000 kronor (20 prisbasbelopp) | 29 kronor | 47 kronor | 71 kronor | 80 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp) | 44 kronor | 70 kronor | 106 kronor | 120 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 292 000 kronor (40 prisbasbelopp) | 59 kronor | 94 kronor | 143 kronor | 160 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp) | 74 kronor | 117 kronor | 178 kronor | 201 kronor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Försäkringsbeloppet reduceras med 5 procentenheter per år från 55 år.

Barn- och gravidförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 70 år och barnet får inte ha fyllt 25 år. Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år men längst tills du fyller 70 år.

Hur stor ersättningen blir beror på vilket försäkringsbelopp du valt, graden av skada samt om du har tecknat Barn- och gravidförsäkring Bas eller Barn- och gravidförsäkring Premium Extra. Du kan teckna försäkringen för dina och din make/maka/sambos arvsberättigade barn samt för barn som är familjehemsplacerade hos dig.

| BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR) | FÖRSÄKRING | 1 719 000 kr (30 prisbasbelopp) | 2 865 000 kr (50 prisbasbelopp) |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Barn 1: _____ - _____ | Bas | <input type="checkbox"/> 96 kr/mån | <input type="checkbox"/> 128 kr/mån |
| | Premium Extra | <input type="checkbox"/> 277 kr/mån | <input type="checkbox"/> 402 kr/mån |
| Barn 2: _____ - _____ | Bas | <input type="checkbox"/> 96 kr/mån | <input type="checkbox"/> 128 kr/mån |
| | Premium Extra | <input type="checkbox"/> 277 kr/mån | <input type="checkbox"/> 402 kr/mån |
| Barn 3: _____ - _____ | Bas | <input type="checkbox"/> 96 kr/mån | <input type="checkbox"/> 128 kr/mån |
| | Premium Extra | <input type="checkbox"/> 277 kr/mån | <input type="checkbox"/> 402 kr/mån |
| Barn 4: _____ - _____ | Bas | <input type="checkbox"/> 96 kr/mån | <input type="checkbox"/> 128 kr/mån |
| | Premium Extra | <input type="checkbox"/> 277 kr/mån | <input type="checkbox"/> 402 kr/mån |

Gravid

| MODERNIS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR) | FÖRSÄKRING | 1 719 000 kr (30 prisbasbelopp) | 2 865 000 kr (50 prisbasbelopp) |
|---|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Modernis personnummer: _____ - _____ | Bas | <input type="checkbox"/> 96 kr/mån | <input type="checkbox"/> 128 kr/mån |
| Föväntat födelsedatum: _____ | Premium Extra | <input type="checkbox"/> 277 kr/mån | <input type="checkbox"/> 402 kr/mån |

Viktig information!

Detta är en kortfattad beskrivning av försäkringarna. Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/shpension

Premiefrielse ingår inte i avtalet.

Frågor om din hälsa

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 sjukvårdsförsäkring, 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 | | MEDFÖR- SÄKRAD | |
| | JA | NEJ | JA | NEJ |
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 1. Är du fullt arbetsför?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ► | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ► | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ► | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Röker du dagligen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 eller haft sjukersättning eller liknande ersättning?

GRUPPMEDLEM: _____

MEDFÖRSÄKRAD: _____

Övriga upplysningar

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: _____

MEDFÖRSÄKRADS 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.