

ANSÖKAN

Frivillig gruppförsäkring

FYLL I:**1. Medlemsuppgifter**

Uppgifter om det företag där du är anställd.

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

2. Försäkringar

Välj de försäkringar du/ni vill ansöka om.

3. Frågor om din hälsa**BETALNING**

Försäkringarna betalas via din arbetsgivare. På bliwa.se/akeri publiceras aktuella priser.

▶ SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:

Bliwa Livförsäkring
Box 13076
103 02 Stockholm

▶ KUNDSERVICE HOS BLIWA:

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

1. Medlemsuppgifter

Företag

MEDLEM I SVERIGES ÅKERIFÖRETAG

FÖRETAGSNAMN: _____

REGION INOM SV. ÅKERIFÖRETAG: _____

MEDLEM FRÅN OCH MED: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

ORGANISATIONSNUMMER: _____

Gruppmedlem

MEDLEM/ANSTÄLLD

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

E-POSTADRESS: _____

Medförsäkrad

MAKE / MAKÅ / SAMBO

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

2. Försäkringar

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

Livförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-39 ÅR	40-50 ÅR	51-66 ÅR		
500 000 kronor	25 kronor	91 kronor	149 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
700 000 kronor	35 kronor	126 kronor	208 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
900 000 kronor	44 kronor	161 kronor	268 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 100 000 kronor	54 kronor	197 kronor	327 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet sker med 5 procentenheter per år från 55 års ålder, dock lägst till 50 procent av försäkringsbeloppet. Ingen reduktion sker om det finns arvsberättigade barn som är yngre än 20 år. Dödsfallskapital för barn ingår med 1 prisbasbelopp (52 500 kronor år 2023).

Optionsrätt för höjning av försäkringsbeloppet i livförsäkring

Optionsrätt 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.

Olycksfallsförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD	GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-66 ÅR		
2 000 000 kronor	55 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.

Diagnosförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-39 ÅR	40-50 ÅR	51-66 ÅR		
50 000 kronor	8 kronor	22 kronor	63 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD	
		-39 ÅR	40-50 ÅR			51-66 ÅR
- 26 999 kr	2 500 kronor	20 kronor	40 kronor	50 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 000 - 37 999 kr	3 500 kronor	30 kronor	56 kronor	70 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 000 kr -	4 500 kronor	38 kronor	72 kronor	90 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Karenstiden är 90 dagar. Ersättningen betalas ut som längst i 48 månader.

Sjukkapital

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	
	-39 ÅR	40-50 ÅR			51-64 ÅR
400 000 kronor	12 kronor	30 kronor	44 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
600 000 kronor	18 kronor	45 kronor	66 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
800 000 kronor	24 kronor	60 kronor	88 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet 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.

Barnförsäkring Premium

När du ansöker får barnet inte ha fyllt 24 år.

Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år men längst tills du fyller 67 år.

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP			
	1 146 000 kronor	1 719 000 kronor	2 292 000 kronor	2 865 000 kronor
Barn 1 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Barn 2 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Barn 3 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Barn 4 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Barn 5 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Barn 6 _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån

GRAVID	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP			
	1 146 000 kronor	1 719 000 kronor	2 292 000 kronor	2 865 000 kronor
Moderns personnummer _____-_____ _____-_____ _____-_____	<input type="checkbox"/> 137 kr/mån	<input type="checkbox"/> 164 kr/mån	<input type="checkbox"/> 192 kr/mån	<input type="checkbox"/> 221 kr/mån
Föväntat födelsedatum _____-_____ _____-_____				

Startpaketet Ung

När du ansöker får du inte ha fyllt 40 år.

FÖRSÄKRING	FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –40 ÅR	GRUPP- MEDLEM
Livförsäkring	500 000 kronor	99 kronor	<input type="checkbox"/>
Olycksfallsförsäkring	2 000 000 kronor		
Sjukförsäkring	3 500 kronor/månad		
Diagnosförsäkring	50 000 kronor		
Sjukkapital	400 000 kronor		

Startpaket Ung är ett fast försäkringspaket med fasta försäkringsbelopp. Vill du ta bort någon av de ingående försäkringarna eller höja försäkringsbelopp går det givetvis bra men då betalar du ordinarie pris för samtliga försäkringar. Vi kommer att göra en bedömning av din hälsa för paketet i sin helhet. Om du inte får teckna Startpaket Ung är du välkommen att ansöka på nytt för de enskilda försäkringarna som ingår i paketet. Vi kommer i sådana fall meddela dig per post att du behöver skicka in en ny ansökan till oss. När du har fyllt 40 år upphör det rabatterade paketpriset, men du har fortfarande kvar de ingående försäkringarna till ordinarie pris.

Viktig information!

Premiebefrielse ingår inte i försäkringarna. Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/akeri.

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 fortsättningsvis vill få försäkringsbesked via post behöver du anmäla det på Mina Sidor.

Frågor om din hälsa

Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av dig som ska försäkras. Ansöker du om olycksfallsförsäkring och/eller barnförsäkring behöver du inte fylla i hälsodeklarationen. Kompletteringar lämnar du på blankettens baksida. Det är viktigt att du besvarar varje fråga. 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?*

<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)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ▶

3. Använder du någon receptbelagd medicin?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ▶

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/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.