

# Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2025

Gruppavtal  
1140 Bliwa SME

# Bliwa

## Gruppmedlem

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Telefonnummer dagtid	
Postnummer	Ort		
Anställningsdatum	Enhet/Företag		

## 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					Gruppmedlem	Medförsäkrad
<b>Livförsäkring, Dödsfallskapital</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *		
5 pbb	17	24	41	83	175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 pbb	32	46	80	164	348	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 pbb	47	68	119	246	521	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	62	90	158	327	695	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	91	134	235	490	1 042	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	121	177	313	653	1 389	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	150	221	391	816	1 735	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukförsäkring</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 67 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Månadslön: 0 - 14 499	700 kr	10	15	19	32	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 14 500 - 26 999	1 400 kr	21	30	37	63	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 27 000 - 32 999	2 100 kr	31	44	56	95	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 33 000 - 39 999	2 800 kr	41	39	75	127	141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 40 000 - 49 999	3 500 kr	51	74	94	158	176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön: 50 000 - 999 999	4 200 kr	62	89	112	190	211	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnosförsäkring</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1 pbb	10	18	36	72	102		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 pbb	20	36	72	144	203		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 pbb	30	54	108	216	305		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sjukkapital</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 65 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
5 pbb	9	16	31	54	57		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 pbb	18	32	62	108	115		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 pbb	27	48	93	163	172		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 pbb	36	64	124	217	229		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 pbb	54	97	186	325	344		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	72	127	247	433	459		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	90	161	309	542	573		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Olycksfallsförsäkring, Heltid</b>		- 70 år					Gruppmedlem	Medförsäkrad
20 pbb	53						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 pbb	72						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	92						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	111						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sjuk- och olycksfallsförsäkring</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Kan ej tecknas i kombination med Olycksfallsförsäkring	20 pbb	126	136	152	168	180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	189	204	228	252	270	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	252	273	304	336	360	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	315	341	380	420	450	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Värdförsäkring Bas</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Självrisk 750 kronor eller remiss.	173	214	233	299	392		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Värdförsäkring Premium</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Självrisk 750 kronor eller remiss.	356	439	479	613	805		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Värdförsäkring Premium Extra</b>		- 30 år *	31 - 40 år *	41 - 50 år *	51 - 60 år *	61 - 70 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Självrisk 750 kronor eller remiss.	698	861	940	1 203	1 579		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Barnförsäkring Bas</b>		- 25 år					Gruppmedlem	
10 pbb	60						<input type="checkbox"/>	
20 pbb	76						<input type="checkbox"/>	
30 pbb	96						<input type="checkbox"/>	

# Ansökan till gruppförsäkring i Bliwa 2025

Gruppavtal  
1140 Bliwa SME

# Bliwa

	40 pbb	112	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	128	<input type="checkbox"/>
<b>Barnförsäkring Premium</b>		- 25 år	<b>Gruppmedlem</b>
	10 pbb	81	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	148	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	168	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	207	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	239	<input type="checkbox"/>
<b>Barnförsäkring Premium Extra</b>		- 25 år	<b>Gruppmedlem</b>
	10 pbb	154	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	214	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	277	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	339	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	402	<input type="checkbox"/>

## Barnförsäkring

Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb

## Gravid

Moderns personnummer	Produkt	pbb
Förväntat födelsedatum		

\*) Premien för såväl gruppmedlems som medförsäkrads försäkring bestäms utifrån gruppmedlemmens ålder.

Prisbasbeloppet(pbb) för 2025 är: 58 800 kronor.

Ansökan skickar du till:

Bliwa

Box 13076

103 02 Stockholm

# Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2025


Gruppavtal  
1140 Bliwa SME

# Bliwa

## Hälsodeklaration

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. Från 1 januari 2020 publicerar Bliwa ditt försäkringsbesked på [bliwa.se/minasidor](http://bliwa.se/minasidor). Bliwa kommer sedan successivt 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	