

## SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING PREMIUM I BLIWA (gruppavtal nr 924)

### ANSÖKAN FÖR MAKE/MAKA/SAMBO TILL GRUPPMEDLEM I AVTAL 921/929

Sökandens namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort

Namn på gruppledlem i avtal 921/929	Personnummer
Gruppledlemmens arbetsgivare	Organisationsnummer

#### Frivillig grupp försäkring

Mellan Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt (502006-6329), nedan "Bliwa", och Nordnet Pensionsförsäkring AB, (516406-0286), nedan "Nordnet", gäller ett gruppavtal som anger villkor om frivillig grupp personförsäkring. Nordnet är grupp företrädare och företräder den försäkringsberättigade gruppen som sådan i förhållande till Bliwa. Försäkringsavtal om sjukvårdsförsäkring ingås mellan dig som gruppledlem och Bliwa efter förmedling av Nordnet. Nordnet Pensionsförsäkring AB är grupp företrädare.

#### Vem som kan omfattas av försäkring

Den försäkringsberättigade gruppen består av fysiska personer som har sin stadigvarande vistelseort i Sverige, har fyllt 16 år men inte 65 år och som är sambo/make/maka till en person (gruppledlem) som omfattas av obligatorisk grupp försäkring i Bliwa genom gruppavtal 921. Du som ingår i den försäkringsberättigade gruppen är gruppledlem i gruppavtal nr 924 och kan ansöka om försäkring. En förutsättning för att Bliwa ska bevilja försäkringen är att du intygar att du är fullt arbetsför nedan. Försäkringen kan tidigast träda i kraft den dag då Bliwa har mottagit din ansökan. Sänd därför in ansökan omgående till FRISVAR, Bliwa Livförsäkring, Box 73076, 103 02 Stockholm. Du behöver inget frimärke eftersom portot redan är betalt.

#### Krav på hälsa

En förutsättning för att du ska kunna omfattas av Bliwas sjukvårdsförsäkring är att du är 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.

**Självrisk**

Bliwas sjukvårdsförsäkring Premium gäller med en självrisk på 750 kr som betalas av dig som försäkrad vid första besöket i varje skada. Om du har remiss från primärvården eller företagshälsovården betalar du ingen självrisk.

**Premie och premiebetalning**

För 2024 är månadspremien för försäkringen 335 kr. Det är din sambo/make/maka som är betalningsansvarig för försäkringen. Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premien i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

**Försäkringsgivare**

Försäkringsgivare för sjukvårdsförsäkringen är Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt, organisationsnummer 502006-6329.

**Förköpsinformation och försäkringsvillkor**

Innan du ansöker om försäkringen ska du ta del av Bliwas förköpsinformation, vilken tillhandahålls av Nordnet Pensionsförsäkring AB. För försäkringen gäller senast utfärdat försäkringsbesked och vid var tid gällande försäkringsvillkor, "Bliwas Sjukvårdsförsäkring (SV:1)".

**Behandling av personuppgifter**

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](http://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.

**Intygande** Jag intygar att jag är fullt arbetsför enligt definitionen under rubriken Krav på hälsa samt försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag ingår i den försäkringsberättigade gruppen. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till vård och försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa. Jag är även medveten om att försäkringen upphör om gruppavtalet upphör eller om jag inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen. Jag intygar även att jag tagit del av förköpsinformationen.

Ort och datum

Underskrift av sökanden

**Underskrift avseende betalningsansvar för försäkringen**

Genom underskrift av denna ansökan utfäster jag mig gentemot Bliwa att, i egenskap av gruppmedlem i gruppavtal 921 och make/maka/sambo till sökanden, betala vid var tid gällande premier för Sjukvårdsförsäkring Premium. Jag godkänner att Bliwa fakturerar premien månadsvis i efterskott samt att Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Jag är införstådd med att om premien inte betalas i rätt tid och om dröjsmålet inte är ringa, har Bliwa rätt att säga upp försäkringen i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

Namn gruppmedlem i avtal nr 921/929	Personnummer
Namnteckning	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Ort och datum