

Ansökan om nyttjande av optionsrätt för höjning av försäkringsbeloppet i livförsäkringen

Möjligheten att utnyttja optionsrätten gäller 1 år från det att den särskilda familjehändelsen inträffade och innan den försäkrade fyller 60 år

Bliwa

Avtalsnummer
Arbetsgivarens/organisationens namn

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
Box 13076 103 02 STOCKHOLM
Telefon 08-696 22 80

- Optionsrätt i livförsäkringen innebär att försäkringstagaren vid särskild familjehändelse och en (1) gång per år har rätt att höja försäkringsbeloppet med en (1) nivå, mot intygande om full arbetsförhet.
- De särskilda familjehändelserna som ger rätt att utnyttja optionsrätten är om den försäkrade inleder samboförhållande, ingår äktenskap, får arvsberättigat barn eller tar emot barn med avsikt att adoptera barnet.
- För att utnyttja optionsrätten krävs dessutom att minst 12 månader har passerat sedan denna rätt senast utnyttjades. Det är försäkringstagaren (gruppmedlemmen) som ansöker om höjning.

Ansökan avser

- Gruppmedlem
 Medförsäkrad

Försäkrad (om ansökan avser medförsäkrad ska även gruppmedlemmens personuppgifter fyllas i)

Gruppmedlemmens namn	Personnummer	Mejladress
Medförsäkrads namn	Personnummer	Mejladress

Optionshändelse Ange den händelse som är aktuell för denna optionshöjning

<input type="checkbox"/> Inlett samboförhållande <input type="checkbox"/> Ingått äktenskap <input type="checkbox"/> Fått barn	Datum för händelsen	Sambons/makens/barnets personnummer
---	---------------------	-------------------------------------

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, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Om du har vilande aktivitetsersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

Jag är fullt arbetsför

- Ja Nej

Underskrift

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.

Gruppmedlem

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande

Medförsäkrad

Ort och datum	Namnteckning
Telefon dagtid (även riktnummer)	Namnförtydligande

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 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.