

SÄLJARNAS ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING 2025

Frivillig gruppförsäkring



FYLL I:

1. Personuppgifter

2. Välj försäkring

Välj de försäkringar du vill ansöka om och fyll i uppgifter om försäkrad/försäkrade.

3. Frågor om din hälsa

4. Intygande

► 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. Personuppgifter

GRUPPMEDLEM

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR):

NAMN:

ADRESS:

POSTNUMMER: POSTORT:

TELEFON (INKL RIKTNUMMER):

E-POSTADRESS: NY MEDLEM FROM:

MEDFÖRSÄKRAD (make/maka/sambo)

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR):

NAMN:

2. Välj försäkring

På följande sidor kryssar du i de försäkringar du/ni vill ansöka om. Glöm inte att fylla i hälsodeklarationen. Som gruppmedlem måste du ha minst en av nedanstående försäkringar för att din make, maka eller sambo ska kunna medförsäkras. Du kan teckna andra försäkringsbelopp och försäkringar för din make, maka eller sambo än för dig själv. Ett undantag är barn- och gravidförsäringen, som bara kan tecknas av dig som är gruppmedlem.

Livförsäkring

Slutålder för försäkringen är 67 år. Försäkringsbeloppet minskar med stigande ålder.
Hela dödsfallskapitalet betalas ut om ditt barn under 20 år avlider.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
352 800 kronor (6 prisbasbelopp)	13 kronor	36 kronor	77 kronor	110 kronor		
588 000 kronor (10 prisbasbelopp)	21 kronor	58 kronor	127 kronor	183 kronor		
882 000 kronor (15 prisbasbelopp)	32 kronor	87 kronor	190 kronor	273 kronor		
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	42 kronor	115 kronor	253 kronor	364 kronor		
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	62 kronor	172 kronor	379 kronor	546 kronor		
2 352 000 kronor (40 prisbasbelopp)	82 kronor	229 kronor	505 kronor	728 kronor		
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	102 kronor	286 kronor	631 kronor	909 kronor		

Försäkringsbeloppet reduceras med 5 procentenheter från 55 års ålder till lägst 50 procent av försäkringsbeloppet.

Sjukförsäkring

Slutålder för försäkringen är 65 år och karenstid för försäkringen är 90 dagar.
Ersättningstiden är som längst 36 månader, dock högst till och med slutåldern.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
		18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–64 ÅR		
–14 999 kronor	1 000 kronor	9 kronor	11 kronor	14 kronor	21 kronor	☐	☐
15 000–24 999 kronor	1 500 kronor	13 kronor	16 kronor	21 kronor	31 kronor	☐	☐
25 000–34 999 kronor	2 100 kronor	18 kronor	22 kronor	30 kronor	44 kronor	☐	☐
35 000–42 999 kronor	2 500 kronor	22 kronor	27 kronor	36 kronor	52 kronor	☐	☐
43 000–49 999 kronor	3 500 kronor	30 kronor	37 kronor	50 kronor	73 kronor	☐	☐
50 000 kronor –	4 500 kronor	39 kronor	48 kronor	64 kronor	94 kronor	☐	☐

Diagnosförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
50 000 kronor	9 kronor	23 kronor	52 kronor	90 kronor	☐	☐

Olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR	GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	50 kronor	☐	☐
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	77 kronor	☐	☐

Ekonomisk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 5 procentenheter per år.
Medicinsk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 2,5 procentenheter per år.

Sjukkapital

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–64 ÅR		
352 800 kronor (6 prisbasbelopp)	11 kronor	13 kronor	18 kronor	23 kronor	☐	☐
588 000 kronor (10 prisbasbelopp)	19 kronor	22 kronor	30 kronor	38 kronor	☐	☐
882 000 kronor (15 prisbasbelopp)	29 kronor	34 kronor	45 kronor	56 kronor	☐	☐
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	38 kronor	45 kronor	60 kronor	75 kronor	☐	☐
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	57 kronor	67 kronor	90 kronor	113 kronor	☐	☐
2 352 000 kronor (40 prisbasbelopp)	76 kronor	90 kronor	120 kronor	150 kronor	☐	☐
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	95 kronor	112 kronor	150 kronor	188 kronor	☐	☐

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.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
352 800 kronor (6 prisbasbelopp)	25 kronor	29 kronor	32 kronor	35 kronor	☐	☐
588 000 kronor (10 prisbasbelopp)	42 kronor	49 kronor	54 kronor	58 kronor	☐	☐
882 000 kronor (15 prisbasbelopp)	64 kronor	73 kronor	80 kronor	86 kronor	☐	☐
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	85 kronor	98 kronor	107 kronor	115 kronor	☐	☐
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	127 kronor	146 kronor	161 kronor	173 kronor	☐	☐

Ekonomisk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 5 procentenheter per år.
Medicinsk invaliditet från 46 år minskar försäkringsbelopp med 2,5 procentenheter per år.

Vårdförsäkring Premium – med självrisk eller remiss

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 67 år.

MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
18–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–66 ÅR		
362 kronor	417 kronor	528 kronor	649 kronor	☐	☐

Självrisk 750 kr eller remiss.

Barn- och Gravidförsäkring – Bas

När du ansöker får inte barnet ha fyllt 25 år. Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år, men längst tills du fyller 67 år. Gäller för olycksfall och sjukdom. Du betalar en premie per barn. Ingen ersättning utgår för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem. Nedan anger du barnens personnummer.

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP	
	1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Barn 1: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad
Barn 2: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad
Barn 3: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad
Barn 4: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad
Barn 5: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad

Gravid

MODERNIS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRINGSBELOPP	
	1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Moder: _____	☐ 96 kronor/månad	☐ 128 kronor/månad

Förväntat födelsedatum: _____

Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/saljarnas

Betalning

Försäkringarna betalas genom autogiro månadsvis alternativt avi eller e-faktura tre gånger per år. På bliwa.se/saljarnas publiceras aktuella priser.

3. Frågor om din hälsa

Ska du ansöka om olycksfallsförsäkring och/eller barn- och gravidförsäkring behöver du inte fylla i hälsodeklarationen. Men du behöver ändå skriva under ansökan med namnteckning på sista sidan.

Hälsodeklaration

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, 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?*	☐	☐	☐	☐
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 ►	☐	☐	☐	☐
3. Använder du någon receptbelagd medicin? 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? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►	☐	☐	☐	☐
5. Röker du dagligen?	☐	☐	☐	☐
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, haft sjukersättning eller liknande ersättning?

GRUPPMEDLEM: _____

MEDFÖRSÄKRAD: _____

Övriga upplysningar

Viktig information!

Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på bliwa.se/saljarnas. På bliwa.se/saljarnas publiceras aktuella priser.

Bliwa publicerar ditt 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.

4. 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: _____ MEDFÖRSÅKRADS 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.