

ANSÖKAN

# Frivillig Grupp försäkring

FYLL I:

## 1. Företaget och Personer

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

## 2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

## 3. Försäkringar

Välj de försäkringar du/ni vill ansöka om.

## 4. Frågor om din hälsa

► **SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:**

Bliwa Livförsäkring  
Box 13076  
103 02 Stockholm

► **KONTAKTA BLIWA PÅ:**

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

► **KONTAKTA SH PENSION:**

Telefon: 010-471 87 70  
E-post: kontakt@shpension.se

# 1. Företaget och personer

## Företaget

FÖRETAG: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

POSTNUMMER: \_\_\_\_\_ POSTORT: \_\_\_\_\_

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): \_\_\_\_\_

ORGANISATIONSNUMMER: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Gruppmedlem

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

POSTNUMMER: \_\_\_\_\_ POSTORT: \_\_\_\_\_

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): \_\_\_\_\_

E-POSTADRESS: \_\_\_\_\_

## Medförsäkrad

**MAKE / MAKÅ / SAMBO**

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

# 2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

## Försäkringen betalas via

FAKTURA TILL FÖRETAGET (KVARTALSVIS).  
ARBETSGIVARENS UNDERSKRIFT BEHÖVS VID BETALNING VIA FÖRETAGET.

UNDERSKRIFT AV BETALARE (FÖRSÄKRINGARNA BETALAS VIA FÖRETAGET): \_\_\_\_\_

## 3. Försäkringar

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

### Livförsäkring

Om du dör kan en livförsäkring ge dina närstående ekonomisk trygghet i form av ett engångsbelopp under en svår period. När du ansöker får du inte ha fyllt 67 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 70 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18–35 ÅR	36–47 ÅR	48–70 ÅR		
<b>294 000 kronor</b> (5 prisbasbelopp)	17 kronor	36 kronor	96 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>588 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	31 kronor	69 kronor	192 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 176 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	60 kronor	134 kronor	382 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 470 000 kronor</b> (25 prisbasbelopp)	74 kronor	166 kronor	477 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 764 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	88 kronor	199 kronor	572 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 352 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	116 kronor	264 kronor	762 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 940 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	144 kronor	329 kronor	953 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dödsfallskapital för barn ingår med 58 800 kronor (1 prisbasbelopp). Ingen åldersreduktion.

### Olycksfallsförsäkring (heltid)

Om du råkar ut för ett olycksfall som leder till invaliditet eller medför kostnader kan en olycksfallsförsäkring ge dig ekonomisk ersättning. När du ansöker får du inte ha fyllt 69 år. Försäkringen gäller som längst månaden ut du fyller 70 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–70 ÅR	GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
<b>1 176 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	34 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 764 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	47 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 352 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	58 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 940 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	70 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingen reduktion.

## Sjukförsäkring

Om du blir sjuk en längre tid kan den månatliga ersättningen från sjukförsäkringen komplettera det du får från Försäkringskassan, eventuell kollektivavtalad försäkring eller annan pensionsplan. När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 69 år.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
		18–39 ÅR	40–55 ÅR	56–60 ÅR	61–67 ÅR		
0–14 999 kronor	1 000 kronor	10 kronor	15 kronor	21 kronor	29 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 000–26 999 kronor	1 500 kronor	15 kronor	22 kronor	31 kronor	43 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 000–37 999 kronor	2 100 kronor	22 kronor	31 kronor	44 kronor	61 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 000–44 999 kronor	2 500 kronor	26 kronor	37 kronor	52 kronor	72 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 45 000 kronor	3 500 kronor	36 kronor	51 kronor	73 kronor	101 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 500 kronor	46 kronor	66 kronor	93 kronor	130 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Karenstiden är 90 dagar. Ersättningen betalas ut som längst i 36 månader vilket motsvarar tre år.

## Diagnosförsäkring

Drabbas du av en allvarlig sjukdom kan du få ett engångsbelopp direkt vid vissa diagnoser. När du ansöker får du inte ha fyllt 69 år. Försäkringen gäller som längst tills du fyller 70 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	18–39 ÅR	40–55 ÅR	56–60 ÅR	61–65 ÅR		
50 000 kronor	9 kronor	29 kronor	61 kronor	92 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vårdförsäkring Premium – med remiss eller självrisk 750 kronor

Lägsta inträdesålder 16 år. Försäkringen gäller året ut du fyller 70 år.

18–40 ÅR	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP- MEDLEM	MEDFÖR- SÄKRAD
	41–55 ÅR	56–70 ÅR		
315 kronor	511 kronor	770 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sjukkapital

Om din arbetsförmåga skulle bli nedsatt under en längre period kan ett sjukkapital ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 64 år.

Försäringen gäller som längst månaden ut du fyller 65 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18-39 ÅR	40-55 ÅR	56-60 ÅR	61-65 ÅR		
<b>352 800 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	13 kronor	53 kronor	76 kronor	71 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>588 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	22 kronor	89 kronor	127 kronor	118 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>882 000 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	33 kronor	133 kronor	191 kronor	177 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 176 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	44 kronor	177 kronor	254 kronor	236 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 764 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	66 kronor	266 kronor	381 kronor	354 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 352 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	88 kronor	355 kronor	508 kronor	473 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 940 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	110 kronor	444 kronor	635 kronor	591 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet sker med 5 procentenheter per år från 55 års ålder till lägst 50 % av fulla försäkringsbeloppet.

## Medicinsk invaliditet vid sjukdom

Om din funktionsförmåga skulle bli nedsatt till följd av sjukdom kan den här försäringen ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år.

Försäringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD				GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18-39 ÅR	40-55 ÅR	56-60 ÅR	61-67 ÅR		
<b>352 800 kronor</b> (6 prisbasbelopp)	8 kronor	14 kronor	21 kronor	23 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>588 000 kronor</b> (10 prisbasbelopp)	14 kronor	22 kronor	33 kronor	38 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>882 000 kronor</b> (15 prisbasbelopp)	21 kronor	33 kronor	50 kronor	58 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 176 000 kronor</b> (20 prisbasbelopp)	28 kronor	45 kronor	67 kronor	76 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 764 000 kronor</b> (30 prisbasbelopp)	42 kronor	67 kronor	101 kronor	114 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 352 000 kronor</b> (40 prisbasbelopp)	56 kronor	89 kronor	136 kronor	152 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 940 000 kronor</b> (50 prisbasbelopp)	70 kronor	111 kronor	169 kronor	191 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Försäkringsbeloppet reduceras med 5 procentenheter per år från 55 år.

## Barn- och gravidförsäkring

När du ansöker får du inte ha fyllt 70 år och barnet får inte ha fyllt 25 år. Försäkringen gäller till och med den månad barnet fyller 25 år men längst tills du fyller 70 år.

Hur stor ersättningen blir beror på vilket försäkringsbelopp du valt, graden av skada samt om du har tecknat Barn- och gravidförsäkring Bas eller Barn- och gravidförsäkring Premium Extra. Du kan teckna försäkringen för dina och din make/maka/sambos arvsberättigade barn samt för barn som är familjehemsplacerade hos dig.

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	FÖRSÄKRING	1 764 000 kr (30 prisbasbelopp)	2 940 000 kr (50 prisbasbelopp)
Barn 1: _____-____	Bas	<input type="checkbox"/> 96 kr/mån	<input type="checkbox"/> 128 kr/mån
	Premium Extra	<input type="checkbox"/> 277 kr/mån	<input type="checkbox"/> 402 kr/mån
Barn 2: _____-____	Bas	<input type="checkbox"/> 96 kr/mån	<input type="checkbox"/> 128 kr/mån
	Premium Extra	<input type="checkbox"/> 277 kr/mån	<input type="checkbox"/> 402 kr/mån
Barn 3: _____-____	Bas	<input type="checkbox"/> 96 kr/mån	<input type="checkbox"/> 128 kr/mån
	Premium Extra	<input type="checkbox"/> 277 kr/mån	<input type="checkbox"/> 402 kr/mån
Barn 4: _____-____	Bas	<input type="checkbox"/> 96 kr/mån	<input type="checkbox"/> 128 kr/mån
	Premium Extra	<input type="checkbox"/> 277 kr/mån	<input type="checkbox"/> 402 kr/mån

## Gravid

MODERNIS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	FÖRSÄKRING	1 764 000 kr (30 prisbasbelopp)	2 940 000 kr (50 prisbasbelopp)
Modernis personnummer: _____-____	Bas	<input type="checkbox"/> 96 kr/mån	<input type="checkbox"/> 128 kr/mån
Föväntat födelsedatum: _____-____	Premium Extra	<input type="checkbox"/> 277 kr/mån	<input type="checkbox"/> 402 kr/mån

### Viktig information!

Detta är en kortfattad beskrivning av försäkringarna. Det är viktigt att du läser förköpsinformationen innan du tecknar försäkring. Förköpsinformation och fullständiga villkor hittar du på [bliwa.se/shpension](http://bliwa.se/shpension)

### Premiefrielse ingår inte i avtalet.

# Frågor om din hälsa

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 vårdförsäkring, olycksfallsförsäkring och/eller barnförsäkring 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): _____				
	<b>GRUPP MEDLEM</b>		<b>MEDFÖR- SÄKRAD</b>	
	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
	▼	▼	▼	▼
<b>1. Är du fullt arbetsför?*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>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 ►</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>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 ►</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Röker du dagligen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Om du rökt, vilket år slutade du?</b>	År _____		År _____	
<b>7. Längd</b>	_____ cm		_____ cm	
<b>8. Vikt</b>	_____ 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/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.