

SKANSKA ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING GÄLLER FRÅN 1 JANUARI 2025, AVTAL 550:

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: _____ NYANSTÄLLD 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 barnförsäkringen, som bara kan tecknas av dig som är gruppmedlem.

Livförsäkring

Slutålder för försäkringen är 69 år. Försäkringsbeloppet minskar inte med stigande ålder. Dödsfallskapital betalas ut om ditt barn under 20 år avlider. Premiebefrielse ingår.

Optionsrätt ingår. Det innebär rätt att vid särskild familjehändelse höja livförsäkringsbeloppet med en (1) nivå. Höjningen görs mot intygande om full arbetsförhet. Ansökan görs på särskild blankett. Där framgår även detaljerad information om optionsrätten.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-35 ÅR	36-55 ÅR	56-69 ÅR		
588 000 kronor (10 prisbasbelopp)	26 kronor	50 kronor	109 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	49 kronor	98 kronor	217 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	73 kronor	146 kronor	325 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 352 000 kronor (40 prisbasbelopp)	96 kronor	194 kronor	434 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	119 kronor	242 kronor	542 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Livförsäkring Olycksfall

Slutålder för försäkringen är 67 år. Försäkringen gäller endast vid dödsfall på grund av ett olycksfall. Försäkringsbeloppet minskar inte vid stigande ålder. Premiefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR		
		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	18 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 352 000 kronor (40 prisbasbelopp)	35 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukkapital

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 65 år. Premiefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	–35 ÅR	36–64 ÅR		
588 000 kronor (10 prisbasbelopp)	8 kronor	19 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 176 000 kronor (20 prisbasbelopp)	17 kronor	38 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	25 kronor	56 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 352 000 kronor (40 prisbasbelopp)	34 kronor	75 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	42 kronor	94 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbelopp 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

Sjukförsäkring

Slutålder för försäkringen är 65 år och karenstid för försäkringen är 90 dagar. Ersättningstiden är som längst 48 månader, dock högst till och med slutåldern. Premiefrielse ingår. Optionsrätt ingår. Det innebär att den försäkrade vid löneförhöjning och en (1) gång per år har rätt att höja försäkringsbeloppet med en (1) nivå mot intygande om full arbetsförmåga. Ansökan görs på särskild blankett. Där framgår även detaljerad information om optionsrätten.

MÅNADSLÖN FÖRE SKATT	ERSÄTTNING PER MÅNAD	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM
		–35 ÅR	36–64 ÅR	
–26 999 kronor	1 400 kronor	8 kronor	14 kronor	<input type="checkbox"/>
27 000–39 999 kronor	2 100 kronor	12 kronor	21 kronor	<input type="checkbox"/>
40 000–49 999 kronor	2 800 kronor	16 kronor	28 kronor	<input type="checkbox"/>
50 000–59 999 kronor	3 500 kronor	20 kronor	35 kronor	<input type="checkbox"/>
60 000 kronor –	4 200 kronor	24 kronor	42 kronor	<input type="checkbox"/>

Diagnosförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 69 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-35 ÅR	36-69 ÅR		
50 000 kronor	10 kronor	30 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 000 kronor	19 kronor	60 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200 000 kronor	39 kronor	120 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 69 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	18-69 ÅR			
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)		50 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)		76 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills gruppmedlemmen fyller 69 år. Premiebefrielse ingår.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD		GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	-35 ÅR	36-69 ÅR		
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	106 kronor	135 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	176 kronor	224 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 55 år.

Månadskostnaden för medförsäkrad styrs av gruppmedlemmens ålder.

Vårdförsäkring Premium

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 70 år. Premiebefrielse ingår inte.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD					GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
	16–29 ÅR	30–39 ÅR	40–49 ÅR	50–59 ÅR	60–69 ÅR		
Självrisk 750 kr eller remiss	198 kronor	245 kronor	315 kronor	407 kronor	559 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barn- och gravidförsäkring – Bas

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, på nästa sida anger du barnens personnummer

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	96 kronor
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	127 kronor

Barn och gravidförsäkring – Premium

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. Ersättningen för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem, beräknas på 10 procent av försäkringsbeloppet. På nästa sida anger du barnens personnummer.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	168 kronor
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	239 kronor

Barn- och gravidförsäkring – Premium Extra

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. Ersättningen för psykiska sjukdomar och beteendestörningar (ICD F00-F99) samt följder av dem, beräknas utan undantag eller begränsning. På nästa sida anger du barnens personnummer.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD –25 ÅR
1 764 000 kronor (30 prisbasbelopp)	278 kronor
2 940 000 kronor (50 prisbasbelopp)	402 kronor

BARNETS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRING OCH FÖRSÄKRINGSBELOPP		
	FÖRSÄKRING	1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Barn 1: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 2: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 3: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 4: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn 5: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRAVID MÖDERNS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	VÄLJ FÖRSÄKRING OCH FÖRSÄKRINGSBELOPP		
	FÖRSÄKRING	1 719 000 kronor (30 prisbasbelopp)	2 865 000 kronor (50 prisbasbelopp)
Moder: _____-_____ _____	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förväntat födelsedatum: _____	Premium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Premium Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Frågor om din hälsa

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 Livförsäkring olycksfall, olycksfallsförsäkring, vårdförsäkring 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): _____				
	GRUPP MEDLEM		MEDFÖR- SÄKRAD	
	JA	NEJ	JA	NEJ
	▼	▼	▼	▼
1. Är du fullt arbetsför?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om Ja, komplettera med uppgifter på nästa sida ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Röker du dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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/skanska. Försäkringarna betalas via löneavdrag. På bliwa.se/skanska publiceras aktuella priser.

Bliwa publicerar dina 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 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.