

ANSÖKAN:

Olycksfallsförsäkring

Studerandemedlem

**FYLL I:**

1. Personer

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

2. Försäkring

3. Intygande

4. Betala via autogiro

Vill du betala din försäkring via autogiro kan du lämna medgivande via bliwa.se/minasidor eller fylla i blankett och skicka in.

► SKICKA DIN ANSÖKAN TILL:

Bliwa Livförsäkring
Box 13076
103 02 Stockholm

► UNIONENS KUNDSERVICE HOS BLIWA:

Telefon: 08-670 11 00
E-post: unionen@bliwa.se

1. Personer

Gruppmedlem

STUDERANDEMEDLEM I UNIONEN

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTNUMMER: _____ POSTORT: _____

TELEFON (INKL RIKTNUMMER): _____

E-POSTADRESS: _____

MEDLEM FRÅN OCH MED: _____

Medförsäkrad

MAKE / MAKÅ / SAMBO

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR): _____

NAMN: _____

2. Försäkring

Olycksfallsförsäkring

Försäkringen gäller som längst tills du fyller 67 år.

FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD 18–66 ÅR	GRUPP-MEDLEM	MEDFÖR-SÄKRAD
1 146 000 kronor (20 prisbasbelopp)	21 kronor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reduktion av försäkringsbeloppet vid medicinsk invaliditet sker med 2,5 procentenheter per år från 46 år. Reduktion av försäkringsbeloppet vid ekonomisk invaliditet sker med 5 procentenheter per år från 46 år.

VIKTIG INFORMATION!

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

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.

3. Intygande

Jag försäkrar att jag är studerandemedlem och 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 (ÅÅÅÅ-MM-DD): _____

GRUPPMEDLEMS UNDERSKRIFT: _____

Försäkringsgivare: Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt. Organisationsnummer: 502006-6329.

Behandling av personuppgifter

Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På 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.