

ANSÖKAN

VÅRDFÖRSÄKRING PREMIUM I BLIWA 2026
Gruppavtal 926 Nordnet Pensionsförsäkring



Gruppmedlemmens namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort

Varje fysisk person som ingår i den försäkringsberättigade gruppen betecknas i detta avtal var för sig som gruppmedlem. Den försäkringsberättigade gruppen består av fysiska personer som har fyllt 16 men inte 65 år och som är anställda* hos en arbetsgivare som ingått avtal om tjänstepension med Nordnet. Dessa personer är gruppmedlemmar och kan ansöka om försäkring för sin egen del.

Anställd *) Med anställd avses i detta avtal en person som omfattas av svensk socialförsäkring och som är tillsvidareanställd, provanställd eller tjänstledig i högst tre månader. Med anställd jämställs även en person som bedriver näringsverksamhet i enskild firma, handels- eller kommanditbolag eller som är arbetande delägare i ett aktiebolag.

Gruppföreträdare är Nordnet, som företräder den försäkringsberättigade gruppen som sådan i förhållande till Bliwa. Försäkringsavtal om vårdförsäkring ingås mellan gruppmedlemmen och försäkringsgivaren efter förmedling av Nordnet Pensionsförsäkring AB, 516406-0286, ("Nordnet"). Gruppmedlemmens arbetsgivare åtar sig nedan att erlagga premie för försäkringen.

Bliwas vårdförsäkring Premium gäller med en självrisk på 750 kr som betalas av dig som försäkrad vid första besöket i varje skada. Om du har remiss från primärvården eller företagshälsovården betalar du ingen självrisk.

Försäkrads ålder	-35 år	36-55 år	56-65 år
Premie per månad	274	334	488

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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.	Ja ☐ Nej ☐
--	--

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.

Underskrift av gruppmedlem

Ansökan och intygande Jag ansöker om vårdförsäkring Premium enligt ovan. Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag ingår i den försäkringsberättigade gruppen. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till vård och försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa. Jag är även medveten om att försäkringen upphör om gruppavtalet upphör eller om jag inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen. Jag intygar även att jag tagit del av förköpsinformationen.	
Underskrift av gruppmedlem	Ort och datum

Arbetsgivarens utfästelse om premiebetalning

Genom underskrift av denna handling utfäster vi oss gentemot Bliwa och gruppmedlemmen att betala vid var tid gällande premier för vårdförsäkring Premium samt att meddela Bliwa om en person utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Vi godkänner att Bliwa fakturerar premien månadsvis i efterskott samt att Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Vi är införstådda med att om premien inte betalas i rätt tid och om dröjsmålet inte är ringa, har Bliwa rätt att säga upp försäkringen i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Fakturaadress	Postnummer och ort
Underskrift behörig företrädare för arbetsgivaren	Ort och datum
Mejladress för faktura	

Namnförtydligande	Telefonnummer dagtid
-------------------	----------------------