

ANSÖKAN

Frivillig Gruppförsäkring

Fyll i:**1. 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

1. Personer

Gruppmedlem

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR):

NAMN:

ADRESS:

POSTNUMMER:

POSTORT:

TELEFON:

E-POSTADRESS:

Medförsäkrad

MAKE / MAKÅ / SAMBO

PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR):

NAMN:

2. Hur betalar jag för mina försäkringar?

Försäkringen betalas via

FAKTURA KVARTALSVIS. VILL DU BETALA MÅNADSVIS KAN DU ANMÄLA AUTOGIRO
GENOM ATT LOGGA IN PÅ [BLIWA.SE/MINASIDOR](https://bliwa.se/minasidor)

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 69 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		
296 000 kronor (5 prisbasbelopp)	19 kronor	40 kronor	107 kronor	☐	☐
592 000 kronor (10 prisbasbelopp)	35 kronor	76 kronor	212 kronor	☐	☐
1 184 000 kronor (20 prisbasbelopp)	66 kronor	148 kronor	422 kronor	☐	☐
1 480 000 kronor (25 prisbasbelopp)	81 kronor	184 kronor	527 kronor	☐	☐
1 776 000 kronor (30 prisbasbelopp)	97 kronor	220 kronor	632 kronor	☐	☐
2 368 000 kronor (40 prisbasbelopp)	128 kronor	292 kronor	843 kronor	☐	☐
2 960 000 kronor (50 prisbasbelopp)	159 kronor	364 kronor	1053 kronor	☐	☐

Dödsfallskapital för barn ingår med 59 200 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
1 184 000 kronor (20 prisbasbelopp)	34 kronor	☐	☐
1 776 000 kronor (30 prisbasbelopp)	47 kronor	☐	☐
2 368 000 kronor (40 prisbasbelopp)	58 kronor	☐	☐
2 960 000 kronor (50 prisbasbelopp)	70 kronor	☐	☐

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 67 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	11 kronor	16 kronor	23 kronor	32 kronor	☐	☐
15 000–26 999 kronor	1 500 kronor	17 kronor	24 kronor	34 kronor	48 kronor	☐	☐
27 000–37 999 kronor	2 100 kronor	24 kronor	34 kronor	48 kronor	67 kronor	☐	☐
38 000–44 999 kronor	2 500 kronor	28 kronor	41 kronor	57 kronor	80 kronor	☐	☐
> 45 000 kronor	3 500 kronor	40 kronor	57 kronor	80 kronor	112 kronor	☐	☐
	4 500 kronor	51 kronor	73 kronor	103 kronor	144 kronor	☐	☐

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	10 kronor	32 kronor	68 kronor	101 kronor	☐	☐

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		
324 kronor	548 kronor	819 kronor	☐	☐

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.

Försäkringen 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		
355 200 kronor (6 prisbasbelopp)	15 kronor	59 kronor	84 kronor	78 kronor	☐	☐
592 000 kronor (10 prisbasbelopp)	24 kronor	98 kronor	140 kronor	131 kronor	☐	☐
888 000 kronor (15 prisbasbelopp)	36 kronor	147 kronor	211 kronor	196 kronor	☐	☐
1 184 000 kronor (20 prisbasbelopp)	49 kronor	196 kronor	281 kronor	261 kronor	☐	☐
1 776 000 kronor (30 prisbasbelopp)	73 kronor	294 kronor	421 kronor	392 kronor	☐	☐
2 368 000 kronor (40 prisbasbelopp)	97 kronor	392 kronor	562 kronor	522 kronor	☐	☐
2 960 000 kronor (50 prisbasbelopp)	122 kronor	490 kronor	702 kronor	653 kronor	☐	☐

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 försäkringen ge ekonomiskt tillskott i form av ett engångsbelopp. När du ansöker får du inte ha fyllt 66 år.

Försäkringen 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		
355 200 kronor (6 prisbasbelopp)	8 kronor	16 kronor	23 kronor	25 kronor	☐	☐
592 000 kronor (10 prisbasbelopp)	16 kronor	24 kronor	37 kronor	42 kronor	☐	☐
888 000 kronor (15 prisbasbelopp)	23 kronor	37 kronor	56 kronor	64 kronor	☐	☐
1 184 000 kronor (20 prisbasbelopp)	30 kronor	49 kronor	75 kronor	84 kronor	☐	☐
1 776 000 kronor (30 prisbasbelopp)	46 kronor	74 kronor	111 kronor	126 kronor	☐	☐
2 368 000 kronor (40 prisbasbelopp)	62 kronor	99 kronor	150 kronor	168 kronor	☐	☐
2 960 000 kronor (50 prisbasbelopp)	78 kronor	123 kronor	187 kronor	211 kronor	☐	☐

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	1 776 000 kr (30 prisbasbelopp)	2 960 000 kr (50 prisbasbelopp)
Barn 1: _____-____	Bas	☐ 109 kr/mån	☐ 145 kr/mån
	Premium Extra	☐ 309 kr/mån	☐ 468 kr/mån
Barn 2: _____-____	Bas	☐ 109 kr/mån	☐ 145 kr/mån
	Premium Extra	☐ 309 kr/mån	☐ 468 kr/mån
Barn 3: _____-____	Bas	☐ 109 kr/mån	☐ 145 kr/mån
	Premium Extra	☐ 309 kr/mån	☐ 468 kr/mån
Barn 4: _____-____	Bas	☐ 109 kr/mån	☐ 145 kr/mån
	Premium Extra	☐ 309 kr/mån	☐ 468 kr/mån

Gravid

MODERNS PERSONNUMMER (ÅÅMMDD-NR)	FÖRSÄKRING	1 776 000 kr (30 prisbasbelopp)	2 960 000 kr (50 prisbasbelopp)
Moders personnummer: _____-____	Bas	☐ 109 kr/mån	☐ 145 kr/mån
Förväntat födelsedatum: _____-____	Premium Extra	☐ 309 kr/mån	☐ 468 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

Premiebefrielse ingår inte i avtalet.

4. 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):				
	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 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 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.