

ANSÖKAN

Frivillig Gruppförsäkring för medlemmar i Svensk handel

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:

DATUM FÖR MEDLEMSKAP

I SVENSK HANDEL:

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

Livförsäkring , olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring är kostnadsfria 3 månader från den dag du blev medlem i Svensk Handel.

Du **kryssar du i** de försäkringar du vill ansöka om.

	FÖRSÄKRINGSBELOPP	MÅNADSKOSTNAD			GRUPP-MEDLEM
Livförsäkring	592 000 kronor (10 prisbasbelopp)	100 kronor			☐
Olycksfallsförsäkring	1 184 000 kronor (20 prisbasbelopp)	34 kronor			☐
Sjukförsäkring	2100 kronor Ersättning i månaden	36 kronor			☐
	FÖRSÄKRINGSBELOPP	18–40 ÅR	41–55 ÅR	56–70 ÅR	
Sjukvårdsförsäkring	Med remiss/självrisk	285 kronor	478 kronor	697 kronor	☐

Frågor om din hälsa

Försäkringen kan tidigast träda i kraft då försäkringsgivaren mottagit din hälsodeklaration med att sådant innehåll att försäkringen senare kan beviljas, skicka därför in ansökan och hälsodeklaration omgående.

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, aktivitetserättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetserättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

GRUPP
MEDLEM
JA NEJ

1. Är du fullt arbetsför?*

☐☐

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.