

# Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2019

Gruppavtal

555 Fria Företagare



## Gruppmedlem

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Telefonnummer dagtid	
Postnummer	Ort		
Anställningsdatum	Enhet/Företag		

## Medförsäkrad

Namn	Personnummer
------	--------------

### OBS! Hälsodeklaration på separat blankett!

Gruppmedlem måste omfattas av minst en försäkring för att make, maka, sambo ska kunna medförsäkras. Gruppmedlem har dock rätt att teckna andra försäkringsbelopp och försäkringar för make, maka, sambo än de belopp och försäkringar gruppmedlemmen tecknat för sig själv, förutom barnförsäkring som endast kan tecknas av gruppmedlemmen.

	Högsta ersättning	Månadspremie i kronor				
<b>Livförsäkring, Dödsfallskapital</b>		- 39 år *	40 - 54 år *	55 - 65 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
10 pbb	44	67	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	88	134	184	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	132	202	276	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukförsäkring</b>		- 39 år	40 - 54 år	55 - 65 år	Gruppmedlem	
Månadslön: 0 - 14 999	700 kr	11	28	39	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 15 000 - 26 999	1 400 kr	24	55	79	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 27 000 - 39 999	2 100 kr	35	83	118	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 40 000 - 49 999	2 800 kr	47	111	158	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 50 000 - 999 999	3 500 kr	59	138	198	<input type="checkbox"/>	
<b>Olycksfallsförsäkring, Heltid</b>				- 65 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
30 pbb				43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sjuk- och olycksfallsförsäkring</b>		- 39 år *	40 - 54 år *	55 - 65 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Kan ej tecknas i kombination med Olycksfallsförsäkring	30 pbb	109	129	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Barnförsäkring Premium</b>				- 25 år	Gruppmedlem	
30 pbb				121	<input type="checkbox"/>	

## Barnförsäkring

Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb
Barnets personnummer	Produkt	pbb

## Gravid

Moderns personnummer	Produkt	pbb
Föväntat födelsedatum		

\*) Premien för såväl gruppmedlems som medförsäkrads försäkring bestäms utifrån gruppmedlemmens ålder.

Prisbasbeloppet(pbb) för 2019 är: 46 500 kronor.

Ansökan skickar du till:

Bliwa

Box 5125

102 43 Stockholm

## Ansökan till grupp försäkring i Bliwa 2019

Gruppavtal

555 Fria Företagare

**Bliwa**

# Ansökan till gruppförsäkring i Bliwa 2019

Gruppavtal

555 Fria Företagare

## Hälsodeklaration

Gruppmedlems namn	Personnummer	
Make/registrerad partner/sambo (medförsäkrads) namn	Personnummer	
	<b>Gruppmedlem</b>	<b>Medförsäkrad</b>
1. 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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 (t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)?  Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du någon receptbelagd medicin?  Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd?  Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Ange din längd och vikt	Vikt:                    kg Längd:                    cm	Vikt:                    kg Längd:                    cm
6. Röker du?  Om du tidigare varit rökare, vilket år slutade du att röka?  Gruppmedlem: Årtal.....    Medförsäkrad: Årtal.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Övriga upplysningar


Vänd

## Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-4 måste du besvara frågorna nedan.		
Komplettering avseende fråga nr:	Gruppmedlem	Medförsäkrad
<p>2. Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts?</p> <p>Ange tidpunkt?</p> <p>Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik?</p> <p>Är du helt återställd och utan besvär. Om ja, ange sedan när?</p> <p>Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?</p>		
<p>3. Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.</p>		
<p>4. Ange vilken sjukdom/skada/handikapp som sjukskrivningen gällde för och vilka tider du har varit sjukskriven eller haft tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning.</p>		

Bliwa värnar om din personliga integritet. All behandling av personuppgifter sker utifrån gällande lagstiftning, branschgemensamma rekommendationer och Bliwas interna regler. På [www.bliwa.se/Om-Bliwa/Behandling-av-personuppgifter](http://www.bliwa.se/Om-Bliwa/Behandling-av-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.

<p><b>Intygande</b> 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.</p>	
Ort och datum	Telefon dagtid
Underskrift av gruppmedlem	
Underskrift av medförsäkrad	