

Ansökan till gruppförsäkring år 2025

Gruppmedlem

Namn		Personnummer
Faktureringsadress		Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort	
Medlem från och med den	Medlemsföretag/Organisationsnummer	

Medförsäkrad

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

OBS! Glöm inte fylla i hälsodeklarationen!

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

Markera med ditt val av försäkring med X	Högsta Ers.belopp	Premie - 39 år *	Premie 40-54 år *	Premie 55-64 år *	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Livförsäkring – dödsfallskapital	10 pbb	44 kr	67 kr	103 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	88 kr	134 kr	206 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	132 kr	202 kr	309 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukförsäkring Löneintervall: Månadslön: -14.999 kr Månadslön: 15.000-26.999 kr Månadslön: 27.000-39.999 kr Månadslön: 40.000-49.999 kr Månadslön: 50.000 kr-	700 kr/mån	11 kr	28 kr	39 kr	<input type="checkbox"/>	
	1 400 kr/mån	24 kr	55 kr	79 kr	<input type="checkbox"/>	
	2 100 kr/mån	35 kr	83 kr	118 kr	<input type="checkbox"/>	
	2 800 kr/mån	47 kr	111 kr	158 kr	<input type="checkbox"/>	
	3 500 kr/mån	59 kr	138 kr	198 kr	<input type="checkbox"/>	
Olycksfallsförsäkring	30 pbb	54 kr	54 kr	54 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eller						
Sjuk- och olycksfallsförsäkring	30 pbb	125 kr	148 kr	164 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnförsäkring - Premium En premie per barn På nästa sida anger du barnens personnummer.	30 pbb	156 kr	156 kr	156kr	<input type="checkbox"/>	

Försäkringsgivare för:

Livförsäkring, sjukförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring och barnförsäkring är Bliwa Livförsäkring ömsesidigt, org. nr: 502006-6329, Box 13076, 103 02 Stockholm, tel. 08-696 22 80.

Försäkringarna träder i kraft den dag Max Matthiessen har tagit emot fullständiga ansökningshandlingar och de övriga handlingar som krävs för att försäkringen ska kunna beviljas.

Ansökan skickar du till:

Max Matthiessen
Box 5908, Gruppliv
114 89 Stockholm
08-613 28 55 eller grupp@maxm.se

Med pbb menas prisbasbelopp.
År 2025 motsvarar ett prisbasbelopp

58 800 kr

HÄLSODEKLARATION

Du ska alltid fylla i hela eller delar av hälsodeklarationen¹. Det gäller oavsett om du är gruppmedlem eller medförsäkrad. Du som är ny medlem¹, är över 18 år men inte 65 år, kan anslutas till ett premiefritt förskydd (livförsäkring-dödsfallskapital 10 prisbasbelopp, olycksfallsförsäkring 30 prisbasbelopp och vårdförsäkring) under de tre första månaderna av ditt medlemskap (förskyddstiden) mot intyg om att du är fullt arbetsför. Vid ansökan om förskydd räcker det att fråga 1 och 2 i hälsodeklarationen besvaras. Förskyddet är premiefritt från den dag försäkringen träder i kraft och under den återstående förskyddstiden. Om du under förskyddstiden önskar höja försäkringsbelopp eller teckna ytterligare försäkring är de försäkringar som beviljas också premiefria under den återstående förskyddstiden. Vid ansökan efter förskyddstiden, vid ansökan om utökat försäkringskydd och vid ansökan av andra personer än nya medlemmar² skall alltid hela hälsodeklarationen fyllas i för både gruppmedlem och medförsäkrad¹. Hälsodeklarationen ska alltid fyllas i personligen av den som försäkringen avser. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du är fullt arbetsför. Om utrymmet inte räcker var god fortsatt på separat papper.

Gruppmedlems namn	Personnummer
Make/maka/sambo (medförsäkrads) namn	Personnummer

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. Gruppförsäkring – avtal 555 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, 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Vårdförsäkring Kollektiv Är du fullt arbetsför? Det vill säga kan du fullgöra ett vanligt arbete utan inskränkningar, inte uppbär sjuklön från arbetsgivaren, inte uppbär ersättning från försäkringskassan (sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning, handikappersättning eller liknande ersättning) och inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Vidare gäller att du inte ska ha haft nedsatt arbetsförmåga mer än 14 dagar i följd under de senaste 6 månaderna.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. 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
4. 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
5. 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
6. Ange din längd och vikt	Längd cm Vikt kg	Längd cm Vikt kg
7. Röker du dagligen? Om du tidigare varit rökare, vilket år slutade du att röka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Gruppmedlem: Årtal..... Medförsäkrad: Årtal.....		

Övriga upplysningar

¹ För vårdförsäkringen räcker det dock alltid med att besvara fråga 2. För olycksfalls- och barnförsäkring ställs inga krav på full arbetsförmåga. Gäller dock inte dig som är medlem i egenskap av hel- eller delägare till en juridisk person som är medlem eller dig som är anställd hos medlem. Du ska istället ansöka om försäkringen och besvara frågorna i hälsodeklarationen.

Komplettering avseende fråga nr:	Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 3-5 måste du besvara frågorna nedan.	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad
<p>3. 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>4. Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.</p>		
<p>5. Ange vilken sjukdom/skada/handikapp som sjukskrivningen gällde för och vilka tider du har varit sjukskriven eller haft tidsbegränsad sjuk-ersättning, 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/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.

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. Jag intygar att jag tagit del av förköpsinformationen.	
Ort och datum	Telefon dagtid
Underskrift av gruppmedlem	
Underskrift av medförsäkrad	