

# Ansökningsblankett

För att kunna teckna försäkringarna behöver du vara fullt arbetsför. Observera! Om du inte uppfyller kravet på full arbetsföret omfattas du inte av försäkringen. Därför är det viktigt att du tar del av den fullständiga beskrivningen av vad som menas med begreppet. Den fullständiga beskrivningen av vad som menas med begreppet fullt arbetsför finns på [www.bliwa.se/ff555](http://www.bliwa.se/ff555) Se under fliken "Blanketter och villkor" och välj sedan "Ansökan om gruppförsäkring", där finner du beskrivningen i hälsodeklarationen.

## A. Jag intygar att jag är fullt arbetsför.

- Ja.  
 Nej. Det innebär att jag inte kan teckna någon av nedanstående försäkringar genom denna blankett.

## B. Jag önskar teckna följande försäkringar:

- Livförsäkring-10 pbb (16-39 år 44 kr/mån, 40-54 år 67 kr/mån, 55-65 år 92 kr/mån)  
 Olycksfallsförsäkring-30 pbb (43 kr/mån)  
 Vårdförsäkring (16-39 år 203 kr/mån, 40-54 år 253 kr/mån, 55-65 år 313 kr/mån)

## C. Jag är intresserad av att veta mer om hur jag kan utöka grundskyddet med högre försäkringsbelopp och/eller medförsäkra mina familjemedlemmar.

- Kontakta mig.  
 Jag intygar att jag har tagit del av förköpsinformationen.

Vänligen skriv under anmälan och skicka den till Max Matthiessen.

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 respektive försäkringsgivare.

Organisationsnummer:..... Medlem fr o m (år, mån, dag):.....

Företag:.....

Faktura adress:.....

Namn:.....

Personnummer:..... Telefon:.....

Datum..... Underskrift .....

## Hit skickar du din ansökan - Mer information och kontakt

Max Matthiessen administrerar Företagarförbundet Fria Företagares gruppförsäkring Partner Hälsa. De hjälper dig med dina frågor och hanterar din försäkring. Hit skickar du också din ansökan.

Adress: Max Matthiessen AB, Grupp Liv, Box 5908, 114 89 Stockholm  
Telefon: 08-613 28 55 Fax: 08-22 73 05 E-post: [grupp@maxm.se](mailto:grupp@maxm.se)

Hemsida: [www.bliwa.se/ff555](http://www.bliwa.se/ff555) Försäkringsgivare för liv- och olycksfallsförsäkringen är Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt. Försäkringsgivare för vårdförsäkringen är Fondförsäkringsaktiebolaget SEB Trygg Liv.