

# ANSÖKAN OM FÖRTIDSKAPITAL / PREMIEBEFRIELSE



Blanketten sänds till  
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt  
Box 5125 102 43 STOCKHOLM  
Tfn 08-696 22 80

Företag/arbetsgivare /förening /förbund	Gruppavtal nummer
---	-------------------

## Försäkringstagare

Gruppmedlemmens namn (fylls alltid i)	Civilstånd <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo, sedan .....	Personnummer
Den medförsäkrades namn (om ansökan avser den medförsäkrade)	Civilstånd <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> sambo, sedan .....	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnummer)

Har den sökande barn under 17 år ?  Nej  Ja, ange personnummer:

## Önskemål om utbetalningssätt

<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
<input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		

## Uppgifter om arbetsoförmågan (Du måste fylla i alla uppgifter för att Bliwa ska kunna handlägga ditt ärende.)

Arbetsoförmögen/sjukskriven p g a sjukdom eller olycksfallsskada fr o m (datum)	Föregående sjukperiod fr o m – t o m (datum)
Sjukbidrag/tidsbegränsad sjukersättning/aktivitetsersättning har beviljats fr o m (datum)	Förtidspension/sjukersättning har beviljats fr o m (datum)
Sjukdomens eller olycksfallsskadans art (diagnos)	

### VIKTIGT! Detta ska du bifoga till din ansökan!

- datautskrift från Försäkringskassan (037-bild) om utbetald sjukpenning/sjuklön från sjukskrivningsdagen (nuvarande och eventuellt föregående sjukperiod).
- kopia av samtliga beslut om sjukbidrag, förtidspension, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, eller aktivitetsersättning som du har fått från Försäkringskassan.

### Behandling av personuppgifter

Bliwa Livförsäkrings verksamhet är gruppörsäkring och står under tillsyn av Finansinspektionen, Personuppgifterna används för förvaltning av avtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten – så som premieberäkning, skadereglering och statistik. Uppgifterna behandlas med sekretess, i enlighet med Bliwa Livförsäkrings etiska regler. Adressuppgifter och uppgifter om försäkringsavtalet hanteras i ett försäkringsregister för rationell administration, information och viss marknadsföring. Vid felaktigheter i registrerade uppgifter kontakta vår kundtjänst. Vid beställning av utdrag ur Bliwa Livförsäkrings register skriv till: Registerutdrag, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm

### Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig Bliwa av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret innehåller vissa uppgifter om skadan samt uppgift om vem som begärt ersättning och används endast i samband med skadereglering. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag. Personuppgiftsansvarig för GSR är GSR AB Box 24171 104 51 STOCKHOLM

## Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Om jag är medförsäkrad i egenskap av sammanboende, intygar jag samtidigt att jag sammanlever under äktenskapsliknande förhållanden med gruppmedlemmen.

Ort	Datum	Namnteckning
-----	-------	--------------

**För bekräftelse om försäkringstillhörighet ska kompletterande uppgifter lämnas på blankettens baksida. Var god vänd! ►**

Nedanstående uppgifter ska **endast** gruppföreträdare / mäklare fylla i.

Nuvarande omfattning Livförsäkring	Ursprungligt anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Månadspremie	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Dödsfallskapital						
Utan förtidskapital						
Med förtidskapital / enkelt förtidskapital						
Med dubbelt förtidskapital						

Nuvarande omfattning Sjukförsäkring	Ursprungligt anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Månadspremie
Avser endast Gruppmedlem		Karens:	

Nuvarande omfattning Olycksfall - Vuxen	Ursprungligt anslutningsdatum		Försäkringsbelopp		Månadspremie	
	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Heltid						
Fritid						
Invalideringsersättning						

Nuvarande omfattning Barnförsäkring	Ursprungligt anslutningsdatum	Försäkringsbelopp	Månadspremie
Barnolycksfall			
Barnsjuk			

Här nedan anger Du om något försäkringsmoment har förändrats sedan det ursprungliga anslutningsdatumet och i så fall fr o m när. (ex: höjning av Livförsäkringsbeloppet från 6 pbb till 10 pbb den 1 januari 2003)

Livförsäkring förändring:

Sjukförsäkring förändring

Olycksfallsförsäkring förändring

Barnförsäkring förändring

#### Gruppföreträdarens / mäklarens underskrift

(Bekräftelse av försäkringstillhörighet och bekräftelse av att företaget inte är försatt i konkurs.)

Gruppmedlemmen är anställd/medlem sedan \_\_\_\_\_ Premie betald t o m \_\_\_\_\_

Företag / Mäklare \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Adressuppgifter \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Namnteckning \_\_\_\_\_ Namnförtydligande \_\_\_\_\_