

Ansökan om Tjänstegrupplivförsäkring – TGL



Företagets/Organisationens namn (arbetsgivare)		Organisationsnummer/ personnummer
Utdelningsadress		Kontaktperson
Postnummer	Ortnamn	Telefonnummer (även riktnummer)

Har företaget tidigare haft TGL? <input type="checkbox"/> Nej, TGL har inte funnits tidigare <input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolaget _____ Avtalsnummer _____ Datum när försäkringen upphörde _____	Avtalsuppgifter Totalt antal försäkringsberättigade tjänstemän* _____ Datum för försäkringens ikraftträdande _____ (ingen retroaktivitet) Önskat betalningssätt <input type="checkbox"/> Bankgiro eller <input type="checkbox"/> Plusgiro
--	---

*)Försäkringsberättigad är i företag verksam:

- ägare i aktiebolag (som äger minst 1/3 av aktierna tillsammans med make/registrerad partner, förälder eller barn)
- ägare till enskild firma eller handelsbolag samt komplementären i kommanditbolag.
- samtliga tjänstemän över 18 år som arbetar minst 8 timmar per vecka (beträffande deltidsanställda, se även försäkringsvillkoren)

Fylls i om företaget/organisationen är medlem i ett arbetsgivarförbund

Ange nedan i vilket arbetsgivarförbund ni är medlem (Medlemskap i ett arbetsgivarförbund medför att ni är bundna av det som gäller i kollektivavtalet om TGL för tjänstemän). Även om ni inte är medlem i ett arbetsgivarförbund kan ni naturligtvis teckna TGL i Bliwa för era tjänstemän.
Medlemskap i arbetsgivarförbund Medlemskap finns i <input type="checkbox"/> SvN/PTK <input type="checkbox"/> BAO/Finansförbundet <input type="checkbox"/> Annat, _____ Medlemskap fr o.m _____ Medlemsnummer _____

Fylls i om företaget/organisationen inte är medlem i ett arbetsgivarförbund men träffat kollektivavtal med ett fackförbund

Om ni inte är medlem i ett arbetsgivarförbund men har tecknat kollektivavtal med ett arbetstagarförbund (t.ex Unionen, Finansförbundet, CF), ska ni ange fackförbund och från när avtalet gäller. <input type="checkbox"/> Ja, kollektivavtal har träffats med fackförbundet _____ Fr o m _____
--

Underskrift av behörig firmatecknare

Arbetsgivaren, intygar att samtliga som anmäls till försäkringen är fullt arbetsföra för sin anställning enligt Bliwa Livförsäkrings villkor för TGL. Undertecknad firmatecknare tecknar härmed försäkringsavtal avseende TGL-försäkring.			
Ort	Datum	Behörig firmatecknarens underskrift	Namnförtydligande

Fylls i om ansökan om TGL förmedlats

Förmedlande bolag		
Kontaktperson	Underskrift och namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

Bliwas noteringar	<input type="checkbox"/> Id-kontroll utförd
-------------------	---