

Ansökan om Tjänstegrupplivförsäkring – TGL

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

<p>Har företaget tidigare haft TGL?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, TGL har inte funnits tidigare</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i försäkringsbolaget _____</p> <p>Avtalsnummer _____</p> <p>Datum när försäkringen upphörde _____</p>	<p>Avtalsuppgifter</p> <p>Totalt antal försäkringsberättigade tjänstemän* _____</p> <p>Datum för försäkringens ikraftträdande _____ (ingen retroaktivitet)</p> <p>*)Försäkringsberättigad är i företag verksam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 SvN/PTK BAO/Finansförbundet 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.

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 och datum	Behörig firmatecknares underskrift	Namnförtydligande
---------------	------------------------------------	-------------------

Förmedlande bolag är Nordnet Pensions AB

Förmedlande bolag		
Nordnet		
Kontaktperson	E-post	Telefon

Skickas till:

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt
 Box 5125
 102 43 STOCKHOLM
 Telefon 08-696 22 80