

# ANSÖKAN

SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING PREMIUM I BLIWA 2017

Gruppavtal 926 Nordnet Pensionsförsäkring

Gruppmedlemmens namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort

Varje fysisk person som ingår i den försäkringsberättigade gruppen betecknas i detta avtal var för sig som gruppmedlem. Den försäkringsberättigade gruppen består av fysiska personer som har fyllt 16 men inte 65 år och som är anställda\* hos en arbetsgivare som ingått avtal om tjänstepension med Nordnet. Dessa personer är gruppmedlemmar och kan ansöka om försäkring för sin egen del.

Anställd \*) Med anställd avses i detta avtal en person som omfattas av svensk socialförsäkring och som är tillsvidareanställd, provanställd eller tjänstledig i högst tre månader. Med anställd jämställs även en person som bedriver näringsverksamhet i enskild firma, handels- eller kommanditbolag eller som är arbetande delägare i ett aktiebolag.

Gruppföreträdare är Nordnet, som företräder den försäkringsberättigade gruppen som sådan i förhållande till Bliwa. Försäkringsavtal om sjukvårdsförsäkring ingås mellan gruppmedlemmen och försäkringsgivaren efter förmedling av Nordnet Pensionsförsäkring AB, 516406-0286, ("Nordnet"). Gruppmedlemmens arbetsgivare åtar sig nedan att erlagga premie för försäkringen.

**Bliwas sjukvårdsförsäkring Premium gäller med en självrisk på 500 kr som betalas av dig som försäkrad vid första besöket i varje skada. Om du har remiss från primärvården eller företagshälsovården betalar du ingen självrisk.**

Försäkrads ålder	-35 år	36-55 år	56-65 år
Premie per månad	254	309	452

## 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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Bliwa är personuppgiftsansvarig för behandling av de personuppgifter du lämnar till Bliwa eller som Bliwa får om dig. Bliwa behandlar dina personuppgifter i enlighet med personuppgiftslagen och Bliwas etiska regler. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter Bliwa har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Fullständig information om hur och för vilka ändamål Bliwa hanterar personuppgifter finns på Bliwas hemsida [www.bliwa.se](http://www.bliwa.se) och i försäkringsvillkoren.

## Underskrift av gruppmedlem

<b>Ansökan och intygande</b> Jag ansöker om Sjukvårdsförsäkring Premium enligt ovan. Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att jag ingår i den försäkringsberättigade gruppen. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig eller att jag förlorar min rätt till vård och försäkringsersättning. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Bliwa. Jag är även medveten om att försäkringen upphör om gruppavtalet upphör eller om jag inte längre tillhör den försäkringsberättigade gruppen. Jag intygar även att jag tagit del av förköpsinformationen.	Ort och datum
Underskrift av gruppmedlem	

## Arbetsgivarens utfästelse om premiebetalning

Genom underskrift av denna handling utfäster vi oss gentemot Bliwa och gruppmedlemmen att betala vid var tid gällande premier för Sjukvårdsförsäkring Premium samt att meddela Bliwa om en person utträder ur den försäkringsberättigade gruppen. Vi godkänner att Bliwa fakturerar premien månadsvis i efterskott samt att Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Vi är införstådda med att om premien inte betalas i rätt tid och om dröjsmålet inte är ringa, har Bliwa rätt att säga upp försäkringen i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
Fakturaadress	Postnummer och ort
Underskrift behörig företrädare för arbetsgivaren	Ort och datum
Namnförtydligande	Telefonnummer dagtid