

ANSÖKAN

TILL SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING PREMIUM EXTRA I BLIWA 2017

Gruppavtal 923 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").


En förutsättning för att du ska kunna omfattas av Bliwas sjukvårdsförsäkring Premium Extra är att du fyller i hälsodeklarationen nedan och att Bliwa efter riskbedömning kan bevilja dig försäkringen samt att även arbetsgivaren undertecknar denna ansökan. Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av dig som ansöker om försäkringen.

2017 är månadspremien för försäkringen 514 kr för dig som fyllt 16 men inte 36 år, 626 kr för dig som fyllt 36 och men inte 56 år respektive 917 kr för dig som fyllt 56 men inte 65 år. Det är din arbetsgivare som är betalningsansvarig för försäkringen.

Det är viktigt att du besvarar varje fråga i hälsodeklarationen. Försäkringen kan tidigast träda i kraft den dag då Bliwa har mottagit din ansökan och hälsodeklaration med ett sådant innehåll att försäkringen kan beviljas. Sänd därför in ansökan och hälsodeklarationen omgående till FRISVAR, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm. Du behöver inget frimärke eftersom portot redan är betalt. |

HÄLSODEKLARATION

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. 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. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare (t ex sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om du svarat Ja måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Ange din längd och vikt | Längd cm Vikt kg |
| 6. Röker du dagligen? Om du tidigare varit rökare, vilket år slutade du att röka? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Gruppmedlem: Årtal..... Medförsäkrad: Årtal..... | |


Vänd 

Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

| Komplettering avseende fråga nr: | Om du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-4 måste du besvara frågorna nedan. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2. Ange orsak till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts?</p> <p>Ange tidpunkt?</p> <p>Ange vilken läkare eller vårdinrättning du anlitat med läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik?</p> <p>Är du helt återställd och utan besvär. Om ja, ange sedan när?</p> <p>Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?</p> | |
| <p>3. Ange vilken/vilka mediciner du använder, anledning till din medicinering samt dosering.</p> | |
| <p>4. Ange vilken sjukdom/skada/handikapp som sjukskrivningen gällde för och vilka tider du har varit sjukskriven eller haft tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller liknande ersättning.</p> | |

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 och i försäkringsvillkoren.

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Intygande 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.</p> |
| <p>Ort och datum</p> |
| <p>Underskrift av gruppmedlem</p> |

Vänd 

Arbetsgivarens underskrift

Genom underskrift av denna ansökan utfäster vi oss gentemot Bliwa och gruppledanden att betala vid var tid gällande premier för Sjukvårdsförsäkring Premium Extra 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 |
| Namn-teckning | Ort och datum |
| Namnförtydligande | Telefonnummer dagtid |