

SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING PREMIUM I BLIWA (gruppavtal nr 924)

ANSÖKAN FÖR MAKE/MAKA/SAMBO TILL GRUPPMEDLEM I AVTAL 921

Sökandens namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer dagtid
Postnummer	Ort
Namn på gruppmedlem i avtal 921	Personnummer
Gruppmedlemmens arbetsgivare	Organisationsnummer

Frivillig gruppförsäkring

Mellan Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt (502006-6329), nedan "Bliwa", och Nordnet Pensionsförsäkring AB, (516406-0286), nedan "Nordnet", gäller ett gruppavtal som anger villkor om frivillig grupppersonförsäkring. Nordnet är gruppföreträdare och företräder den försäkringsberättigade gruppen som sådan i förhållande till Bliwa. Försäkringsavtal om sjukvårdsförsäkring ingås mellan dig som gruppmedlem och Bliwa efter förmedling av Nordnet. Nordnet Pensionsförsäkring AB är gruppföreträdare.

Vem som kan omfattas av försäkring

Den försäkringsberättigade gruppen består av fysiska personer som har sin stadigvarande vistelseort i Sverige, har fyllt 16 år men inte 65 år och som är sambo/make/maka till en person (gruppmedlem) som omfattas av obligatorisk gruppförsäkring i Bliwa genom gruppavtal 921. Du som ingår i den försäkringsberättigade gruppen är gruppmedlem i gruppavtal nr 924 och kan ansöka om försäkring. En förutsättning för att Bliwa ska bevilja försäkringen är att du intygar att du är fullt arbetsför nedan. Försäkringen kan tidigast träda i kraft den dag då Bliwa har mottagit din ansökan. Sänd därför in ansökan omgående till FRISVAR, Bliwa Livförsäkring, Box 5125, 102 43 Stockholm. Du behöver inget frimärke eftersom portot redan är betalt.

Krav på hälsa

En förutsättning för att du ska kunna omfattas av Bliwas sjukvårdsförsäkring är att du är 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.

Självrisk

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.

Premie och premiebetalning

För 2017 är månadspremien för försäkringen 291 kr. Det är din sambo/make/maka som är betalningsansvarig för försäkringen. Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premien i enlighet med vad som framgår av försäkringsvillkoren.

Försäkringsgivare

Försäkringsgivare för sjukvårdsförsäkringen är Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt, organisationsnummer 502006-6329, Box 5125 102 43 STOCKHOLM, telefon 08-696 22 80.

Förköpsinformation och försäkringsvillkor

Innan du ansöker om försäkringen ska du ta del av Bliwas förköpsinformation, vilken tillhandahålls av Nordnet Pensionsförsäkring AB. För försäkringen gäller senast utfärdat försäkringsbesked och vid var tid gällande försäkringsvillkor, "Bliwas Sjukvårdsförsäkring (SV:1)".

Behandling av personuppgifter

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.

Intygande Jag intygar att jag är fullt arbetsför enligt definitionen under rubriken Krav på hälsa samt 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 sökanden

Underskrift avseende betalningsansvar för försäkringen

Genom underskrift av denna ansökan utfäster jag mig gentemot Bliwa att, i egenskap av gruppmedlem i gruppavtal 921 och make/maka/sambo till sökanden, betala vid var tid gällande premier för Sjukvårdsförsäkring Premium. Jag godkänner att Bliwa fakturerar premien månadsvis i efterskott samt att Bliwa förbehåller sig rätten att ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Jag är införstådd 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.

Namn gruppmedlem i avtal nr 921	Personnummer
Namn-teckning	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Ort och datum