

GRUPPAVTAL 927 OM OBLIGATORISK REHABILITERINGSFÖRSÄKRING

För arbetsgivare med minst 2 anställda.

För att anslutas till försäkringen krävs att den anställde omfattas av tjänstepension med sjukförsäkring i Nordnet.

FÖRSÄKRINGSTAGARE

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer	Kontaktperson och telefonnummer
Fakturaadress	Postnummer	Ort

Datum för avtalets ikraftträdande (anges till den 1:a i en kommande månad)

FÖRSÄKRINGSGIVARE OCH FÖRMEDLARE

Försäkringsgivare är Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt ("Bliwa"), org.nr. 502006-6329, Biblioteksgatan 29, 102 43 Stockholm. Försäkringstagare och grupp företrädare är arbetsgivaren. Grupptal om obligatorisk rehabiliteringsförsäkring ingås mellan försäkringstagaren och försäkringsgivaren genom förmedling av Nordnet Pensionsförsäkring AB, org.nr. 516406-0286.

FÖRSÄKRINGSAVTALET

Detta grupptal utgör försäkringsavtalet mellan parterna och omfattar obligatorisk rehabiliteringsförsäkring. Vilka försäkringsmoment som ingår samt vid vilken ålder försäkringen upphör framgår av vid var tid gällande grupp försäkringsplan. Vid detta avtals ingående gällande grupp försäkringsplan bifogas (bilaga 1). För försäkringen gäller Bliwas vid var tid gällande försäkringsvillkor "Bliwas Rehabiliteringsförsäkring R:1. Vid detta avtals ingående gällande försäkringsvillkor bifogas (bilaga 2). Villkoren och annan information kan också hämtas på www.bliwa.se/rehabiliteringsforsakring.

FÖRSÄKRADE

Samtliga anställda hos försäkringstagaren som har fyllt 16 år men inte 65 år, som har en tjänstepensionsplan i Nordnet vilken omfattar en sjukförsäkring och som skriftligen anmälts av försäkringstagaren till Bliwa är försäkrade och ingår därmed i den försäkringsberättigade gruppen (gruppledningar). Alla de som har angivits i förteckningen på sid 2 i detta avtal omfattas automatiskt av försäkringen från den dag avtalet börjar gälla. Försäkringstagaren åtar sig att så snart som möjligt när en person inträder i eller utträder ur den försäkringsberättigade gruppen skriftligen anmäla det till Bliwa, till exempel när någon slutar sin anställning eller vid nyanställning. En anställd hos försäkringstagaren som anmälts till Bliwa efter den dag avtalet började gälla omfattas av försäkringen från och med dagen efter denne inträdde i den försäkringsberättigade gruppen.

ARBETSGIVARENS ÅTAGANDEN

Arbetsgivaren ska förse varje försäkrad med det försäkringsbesked som Bliwa tillställer arbetsgivaren i samband med detta avtals ingående. Om försäkringen ändras kommer Bliwa att tillställa arbetsgivaren nya försäkringsbesked som arbetsgivaren ansvarar för att distribuera till de försäkrade. Arbetsgivaren ansvarar även i övrigt för att vidarebefordra sådan information som Bliwa i egenskap av försäkringsgivare är skyldig att förse de försäkrade med.

AVTALSTID OCH FÖRSÄKRINGSTID

Detta avtal börjar gälla den dag som anges ovan och gäller till och med den 31 december samma år. Därefter löper avtalet vidare med ett kalenderår i taget. Avtalet kan sägas upp av försäkringstagaren med en (1) månads uppsägningstid. Bliwa kan säga upp avtalet med en (1) månads uppsägningstid inför ett årsskifte.

HÄLSOKRAV

Försäkringen gäller utan hälsokrav på de försäkrade.

PREMIER OCH PREMIEBETALNING

Rehabiliteringsförsäkringen kostar 35 kronor per försäkrad och månad. Bliwa kan ändra premierna från och med ett nytt kalenderår. Bliwa fakturerar premien, som ska betalas av försäkringstagaren månadsvis i efterskott. Någon rätt till premiebefrielse för det fall den försäkrade blir sjuk gäller inte.

PERSONALFÖRTECKNING – VILKA SOM SKA FÖRSÄKRAS

Följande personer ingår i den försäkringsberättigade gruppen och ska omfattas av försäkringen.

Namn	Personnummer

UNDERSKRIFT OCH INTYGANDE AV FÖRSÄKRINGSTAGAREN (BEHÖRIG FIRMATECKNARE)

Genom underskrift av detta avtal intygar försäkringstagaren följande: Vi har tagit del av förköpsinformation om Bliwas rehabiliteringsförsäkring (R:1). Vi har fått tillgång till eller information om hur vi får tillgång till fullständiga försäkringsvillkor för produkten. De personer som angetts i personalförteckningen till detta avtal är anställda hos oss. Vi åtar oss att löpande informera Bliwa om någon person som angetts i personalförteckningen slutar sin anställning. Vi är medvetna om att om vi lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan det innebära att vi blir ersättningsskyldiga i förhållande till Bliwa om Bliwa, på grund av att vi lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter, blir ersättningsskyldigt i förhållande till den försäkrade. Vi utfäster oss gentemot Bliwa och de försäkrade att betala premierna för nu avtalat försäkringsskydd.

Namnteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum

Detta avtal har upprättats i ett exemplar. Bliwa förvarar originalet och gruppföreträdaren har fått en kopia av originalet.

Försäkringsgivare
Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt,
Org nr 502006-6329, Box 5125
102 43 Stockholm
Telefon 08-696 22 80

Förmedlande bolag:
Nordnet Pensionsförsäkring AB