

Ansökan om

Efterlevandepension

Tecknas mot intyg om full arbetsförhet.



i samarbete med
Bliwa

Försäkrad

För- och efternamn	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Försäkringstagare

Försäkringstagare	Kontaktperson	Organisationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-postadress	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se

Efterlevandepension

Försäkringsbeloppet utbetalas i form av månatlig efterlevandepension under vald utbetalningstid. Storleken på efterlevandepensionen kan vara högst 150 prisbasbelopp, dock maximalt sex gånger den försäkrades årslön.

Lön kronor/år Utbetalningstid år Totalt försäkringsbelopp kronor

Förmånstagare

Generellt förmånstagarförordnande: Make/maka/registrerad partner/sambo eller i andra hand arvsberättigade barn i första led. Om särskilt förmånstagarförordnande önskas, skall separat blankett fyllas i och skickas till Bliwa.

Underskrift av den försäkrade

Jag har tagit del av förköpsinformation för att teckna Efterlevandepension i Bliwa. Jag har också fått information om att de fullständiga försäkringsvillkoren för Efterlevandepension i Bliwa kan hämtas från www.bliwa.se/amf980.

Undertecknad försäkrad är införstådd med att de uppgifter som lämnats i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. Undertecknad är även införstådd med att försäkringens giltighet är beroende av försäkringstagarens uppgifter om full arbetsförhet* är fullständiga och riktiga.

Jag godkänner att eventuell, av AMF godkänd, återbetalning av felaktig premieinbetalning eller del därav görs direkt till min arbetsgivare efter begäran av min arbetsgivare.

Jag samtycker till att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning få lämna Bliwa, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Bliwa anser sig behöva vid skadereglering efter dödsfall. Samtycket kan inte användas i annat syfte och gäller endast till dess att skaderegleringen är avslutad. Om samtycke inte ges kan detta innebära att försäkringen inte kan beviljas.

Namnsteckning	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnförtydligande	<input type="text"/>			

Blanketten fortsätter på nästa sida.

*Med kravet på full arbetsförhet innebär att den som ska försäkras ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del har sjuklön från sin arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsoförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om den som ska försäkras har vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning eller vilande arbetsskadelivränta, anses denne inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan förklarats vilande. För att kravet på full arbetsförhet ska anses uppfyllt får den som ska försäkras inte ha varit arbetsoförmögen i mer än 15 dagar i följd under de närmaste tre månaderna före tidpunkten för intygandet.

583.730 220101

Underskrift av försäkringstagaren

Arbetsförmåga

Vi som försäkringstagare intygar full arbetsförhet* hos den försäkrade Ja Nej

Vi har tagit del av förköpsinformationen om att teckna Efterlevandepension i Bliwa. Vi har också fått informationen om att fullständiga försäkringsvillkor kan beställas från Bliwa på www.bliwa.se/amf980. De uppgifter vi lämnat i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. Vi utfäster oss gentemot den försäkrade att bekosta premien för den sökta försäkringen. Vi medger rätt för den försäkrade att ändra förmåns- tagarförordnandet. Om inte annat avtalats mellan försäkringstagaren och Bliwa gäller även rätt för den försäkrade att ändra storleken på efterlevandekapitalet.

Namn	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namnförtydligande

*Med kravet på full arbetsförhet innebär att den som ska försäkras ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del har sjuklön från sin arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om den som ska försäkras har vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning eller vilande arbetsskadelivränta, anses denne inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan förklarats vilande. För att kravet på full arbetsförhet ska anses uppfyllt får den som ska försäkras inte ha varit arbetsoförmögen i mer än 15 dagar i följd under de närmaste tre månaderna före tidpunkten för intygandet.

Ifylles av försäkringsförmedlare

Förmedlarföretagets namn

Rådgivarens namn

Telefonnummer

Förmedlarkod

--	--	--

Försäkringsgivare

Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt ("Bliwa") Box 13076, 103 02 Stockholm. Organisationsnummer 502006-6329



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm