

Ansökan om

Efterlevandepension

Tecknas mot hälsodeklaration/läkarutlåtande.



i samarbete med
Bliwa

Försäkrad

För- och efternamn

Personnummer

--	--

Telefonnummer

E-postadress

--	--

Försäkringstagare

Försäkringstagare

Kontaktperson

Organisationsnummer

--	--	--

Telefonnummer

E-postadress

--	--

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
(5–20 år)

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.

Hälsodeklaration

Försäkring kan endast beviljas för den som lämnat in en av Bliwa godkänd hälsodeklaration/läkarutlåtande.

Hälsodeklaration bifogas Läkarutlåtande bifogas

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 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 att hälsodeklarationen eller läkarutlåtandet blir godkänd enligt villkoren. Även att försäkringstagarens uppgifter i denna ansökan är fullständiga och riktiga.

Jag godkänner att eventuell, av AMF godkänd, återbetalning av felaktigt 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.

Namnteckning

Ort

Datum (åååå)

(mm)

(dd)

--	--	--	--	--

Namnförtydligande

--

Blanketten fortsätter på nästa sida.



583.731.220101

Underskrift av försäkringstagaren

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Namnförtydligande

Ifylles av försäkringsförmedlare

Förmedlarföretagets namn

Rådgivarens namn

Telefonnummer

Förmedlarkod

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Försäkringsgivare

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



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm