

Efterlevandepension



I samarbete med

Försäkrad

För- och efternamn	Personnummer	Försäkringsnummer
<input type="text"/>	<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"/>	

Efterlevandepension

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

Totalt försäkringsbelopp kronor Lön kronor/år

Höjning av efterlevandepension

För en försäkrad som inte fyllt 55 år kan en ansökan om efterlevandepension eller höjning av försäkringsbelopp beviljas inom ett år från en så kallad familjehändelse utan att någon hälsoprövning måste ske. Med familjehändelse avses att den försäkrade ingått äktenskap, blivit sambo eller blivit förälder (till biologiska barn eller adoptivbarn). Bliwa beviljar högst ett försäkringsbelopp om 60 prisbasbelopp vid en sådan händelse.

Datum för familjehändelse (åååå) (mm) (dd)

Hälsodeklaration

OBS! Om den försäkrades familjsituation inom det senaste året inte har förändrats måste en/ett hälsodeklaration/läkarutlåtande bifogas.

Hälsodeklaration bifogas Läkarutlåtande bifogas

Utbetalningstid

Vi önskar ändra utbetalningstiden till: år
(5–20 år)

Underskrift av den försäkrade

Undertecknad försäkrad är införstådd med att de uppgifter som lämnats i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet. 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 får 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 ändringen inte kan beviljas.

Den försäkrades underskrift	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Namnförtydligande	Telefonnummer			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Blanketten fortsätter på nästa sida.



Underskrift av försäkringstagaren

De uppgifter som lämnas i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet mellan försäkringstagaren och Bliwa. Oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att avtalet är ogiltigt.

Försäkringstagarens underskrift	Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Namnförtydligande	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ifylles av försäkringsförmedlare

Förmedlarföretagets namn
<input type="text"/>

Rådgivarens namn	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Försäkringsgivare

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



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm