

Premiebefrielseförsäkring



I samarbete med

Då arbetsgivaren under tjänstledighet/föräldraledighet upphör att betala premien för premiebefrielseförsäkringen har den anställd rätt att efter tjänstledighetens/föräldraledighetens slut återinträda i försäkringen med samma försäkringsskydd som gällde före ledigheten. För återinträde gäller att den försäkrade skall vara fullt arbetsför* vid återinträdet samt att ledigheten inte varat längre än 24 månader. Anmälan om återinträde skall göras senast tre månader efter det att den försäkrade är tillbaka i tjänst. Sker anmälan senare än detta, kan ny hälsoprövning krävas. Fullständiga försäkringsvillkor: se www.bliwa.se/amf980

Företag

Företagets namn	Avtalsnummer	Organisationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Försäkrad

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

Planerad ledighet

Tjänstledighet (Fr.o.m.—t.o.m.)

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

Föräldraledighet (Fr.o.m.—t.o.m.)

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

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

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

Underskrift av försäkringstagaren

Datum	Telefonnummer	E-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Försäkringstagarens namnteckning (firmatecknare) eller försäkringsförmedlare enligt fullmakt	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ifylles av försäkringsförmedlare

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

Förmedlarens namnteckning	Förmedlarens e-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Åter från ledighet

Tjänstledighet (Fr.o.m.)

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

Föräldraledighet (Fr.o.m.)

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



Skicka den ifyllda blanketten till:
AMF, 113 88 Stockholm

Underskrift av försäkrad vid återinträde från ledighet

Jag är fullt arbetsför* enligt försäkringsvillkor: Ja Nej

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

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

*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.

Försäkringsgivare: Bliwa Livförsäkring, ömsesidigt ("Bliwa"), Box 5125, 102 43 Stockholm. Organisationsnummer 502006-6329.