

Företagets namn

NAMN	PERSONNUMMER	INTRÄDESDATUM	PLAN	DELÄGARE	MÅNADSLÖN	FULLT ARBETSFÖR
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Härmed intygar jag att de uppgifter jag lämnat är korrekta och att de anställda som anmäls som fullt arbetsföra uppfyller kraven i Bliwas villkor T:1. Se baksidan.

Datum

Frimatecknares underskrift

Namnförtydligande

## VILLKOR FÖR FULL ARBETSFÖRHET

Kravet på full arbetsförhet innebär att den som ska försäkras ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del ha sjuklön från sin arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsoförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om den som ska försäkras har vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande 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 3 månaderna före tidpunkten för intygandet.