

**Ansökan om gruppförsäkring år 2010**  
**1840/4204 Sv Fiskares Riksförbund**

Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
Anställningsnummer/medlemsnummer	Namn make/sambo
Anställd/medlem fr o m (år, månad, dag)	

Anställd/medlem för- och efternamn
Utdelningsadress
Postnummer och postort

**Försäkringsmoment**

**Omfattning**

**Månadspremie/  
försäkrad**

**Jag anmäler  
GM MF**

**Sjukvård**

287

Privatvård och Specialistvård

ingår

Operation och sjukhusvård

ingår

Psykologbehandlingar

max 20 behandlingar

Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor

ingår

Logoped/Dietist

ingår

Resor och logi

ingår

Eftervård och medicinsk rehabilitering

ingår

Hjälpmedel

ingår

Hemservice

ingår

Second opinion

vid cancerdiagnos

Självriskén är 500 kronor vid första läkarbesöket för varje försäkringsfall.

**Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:**

Maria Wernbom, 031-124597

**Vänligen observera att försäkringen inte gäller för de sjukdomstillstånd/olycksfall som du redan har när du tecknar försäkringen. Försäkringen gäller inte heller om redan befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall förvärras.**

För att få försäkring måste du vara fullt arbetsför. Fullt arbetsför är du om du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar, inte uppbär eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall, inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning och inte har varit helt eller delvis sjukskriven de senaste 30 dagarna.

	Anställd/Medlem		Medförsäkrad	
Är du fullt arbetsför? (se förklaring ovan)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

### Underskrift

Jag intygar att ovanstående lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som lämnas ska ligga till grund för försäkringsavtalet och jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig, helt eller delvis. Jag är medveten om de vid försäkringens tecknande befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall samt förvärrande av sådana sjukdomstillstånd/olycksfall inte omfattas av försäkringen.

Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppsjukvårdsförsäkring.

Ort och datum	E-postadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Namnteckning gruppledare		Namnteckning medförsäkrad

**Försäkringen börjar gälla från den dag ansökan godkänts av Länsförsäkringar.**

**Anmälan lämnar du till din gruppföreträdare på företaget/organisationen!**

### Dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till oss behandlas enligt Personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna hämtar vi direkt från dig, från något länsförsäkringsbolag, från arbetsgivare eller annan. Länsförsäkringar kan även komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med Länsförsäkringar. Uppgifterna är avsedda att i första hand användas inom länsförsäkringsgruppen men kan lämnas ut till andra företag, föreningar, organisationer som vi samarbetar med samt myndigheter i de fall skyldighet föreligger enligt lag. Personuppgifter används bland annat för att teckna och administrera avtal och för att fullgöra rättsliga skyldigheter. Uppgifter om ditt sakförsäkringsinnehav kan lämnas ut till personer som du har hushållsgemenskap med. Du har rätt att, kostnadsfritt begära att vi rättar felaktiga personuppgifter som rör dig eller anmäla att dina personuppgifter inte ska användas till direktmarknadsföring. För mer information kontakta oss eller gå in på vår hemsida [www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på [www.lansforsakringar.se/grupp](http://www.lansforsakringar.se/grupp). Du kan också få dem av din gruppföreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar, Hälsa e-post: [sjukvard@lansforsakringar.se](mailto:sjukvard@lansforsakringar.se)

Gruppavtalsnummer och  
administrationsenhetsnummer  
**1840/4204**

## Försäkringstagare och kontohavare

Namn/Företagets namn	Person-/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)

## Jag vill även betala försäkringen för

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)

## Kontouppgifter

Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

Om täckning för det aviserade beloppet inte finns på kontohavarens bankkonto, inträffar följande:

- Denna överenskommelse upphör att gälla.
- Försäkring ingående i överenskommelsen aviseras enligt sedvanliga regler.

Betalningen görs automatiskt från ditt konto den sista bankdag i förfallomånaden

## Villkor för Autogiro

### Bankgiro

#### Medgivande om uttag.

Jag, nedan benämnd betalaren, medger att uttag får göras från mitt angivna bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning via Autogiro. Kontoförande bank är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt kontoförande banks regler. Meddelande om uttag får betalaren från kontoförande bank. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto i kontoförande bank eller till konto i annan bank.

För uttag gäller dessutom följande:

#### Godkännande/information i förväg.

Betalningsmottagaren får begära uttag från betalarens konto på förfalldagen

- om betalaren senast åtta vardagar före förfalldagen fått meddelande om belopp, förfalldag och betalningssätt, eller
- om betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

#### Täckning måste finnas på kontot.

Betalaren ska se till att tillräckligt stort belopp finns på kontot för betalning på förfalldagen. Om kontobehållningen inte räcker för betalning på förfalldagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande vardagarna, som får omfatta högst en vecka. Information om antalet uttagsförsök lämnas av betalningsmottagaren.

#### Stopp av uttag.

Betalaren kan stoppa alla uttag avseende medgivandet genom att kontakta banken senast två vardagar före förfalldagen.

#### Medgivandets giltighetstid, återkallelse.

Medgivandet gäller tills vidare. Om betalaren vill återkalla medgivandet gör betalaren det genom att kontakta kontoförande bank eller betalningsmottagaren. Medgivandet upphör senast fem vardagar efter att återkallelsen kommit kontoförande bank eller betalningsmottagaren tillhanda.

#### Rätten för kontoförande bank och betalningsmottagaren att avsluta anslutningen till Autogiro.

Kontoförande bank och betalningsmottagaren har rätt att avsluta anslutningen till Autogiro 30 dagar efter det att kontoförande bank/betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Kontoförande bank och betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfalldagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas.

## Jag har tagit del av villkoren för Autogiro enligt ovan

Ort och datum	
Kontohavarens/betalarens namnteckning	Namnförtydligande

### Ansökan skickas till:

Länsförsäkringar  
Affärsområde Hälsa  
106 50 Stockholm

### Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692  
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

### Telefon

08-588 431 50  
08-588 427 00

### E-postadress

grupp@lansforsakringar.se  
sjukvard@lansforsakringar.se

### Webb

www.lansforsakringar.se/grupp

