

Ansökan om gruppförsäkring år 2010
1840/4204 Sv Fiskares Riksförbund
Prisbasbelopp (Pbb) 42 400

Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF	Anställd/medlem för- och efternamn
Anställningsnummer/medlemsnummer	Namn make/sambo	Utdelningsadress
Anställd/medlem fr o m (år, månad, dag)		Postnummer och postort

Du har tre månaders kostnadsfri försäkring från och med din anställningsdag. Detta gäller försäkringar där premien är markerad med fetstil. Söker du fler försäkringar för dig själv eller medförsäkrad är även dessa kostnadsfria under samma period.

	Ersättningsbelopp SEK, högst	Månadspremie/ försäkrad	Jag anmäler GM	MF
Liv dubbelt förtidskapital och barnskydd				
	254 400 (6 Pbb)	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringsbeloppet minskas med 10 procentenheter per år från 60 års ålder.				
Liv				
	254 400 (6 Pbb)	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	424 000 (10 Pbb)	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringsbeloppet minskas med 10 procentenheter per år från 60 års ålder.				
Sjuk 3 mån karens				
Månadslön 8 500 - 14 499	750/mån	15	<input type="checkbox"/>	
Månadslön 14 500 - 26 999	1 400/mån	28	<input type="checkbox"/>	
Månadslön 27 000 -	2 000/mån	40	<input type="checkbox"/>	
Ersättningen upphör efter 2 års utbetalning och senast när du fyller 65 år.				
Olycksfall		31	<input type="checkbox"/>	
Kostnadsersättningar enligt avtal				
Medicinsk invaliditet, upp till	848 000 (20 Pbb)			
Ekonomisk invaliditet, upp till	848 000 (20 Pbb)			
Dödsfall	42 400 (1 Pbb)			
Olycksfall		54	<input type="checkbox"/>	
Kostnadsersättningar enligt avtal				
Medicinsk invaliditet, upp till	1 696 000 (40 Pbb)			
Ekonomisk invaliditet, upp till	1 696 000 (40 Pbb)			
Dödsfall	42 400 (1 Pbb)			
Olycksfall		31		<input type="checkbox"/>
Kostnadsersättningar enligt avtal				
Medicinsk invaliditet, upp till	848 000 (20 Pbb)			
Ekonomisk invaliditet, upp till	848 000 (20 Pbb)			
Dödsfall	42 400 (1 Pbb)			

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

Prisbasbelopp (Pbb) 42 400

	Ersättningsbelopp SEK, högst	Månadspremie/ försäkrad	Jag anmäler	
			GM	MF
Olycksfall		54		<input type="checkbox"/>
Kostnadsersättningar enligt avtal				
Medicinsk invaliditet, upp till	1 696 000 (40 Pbb)			
Ekonomisk invaliditet, upp till	1 696 000 (40 Pbb)			
Dödsfall	42 400 (1 Pbb)			
Barn		62	<input type="checkbox"/>	
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premie oavsett antal barn.				
Kostnadsersättningar vid olycksfall enligt avtal				
Invaliditetsersättning	1 272 000 (30 Pbb)			
Dödsfall	42 400 (1 Pbb)			

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:

Maria Wernbom, 031-124597

Kom ihåg att svara på frågorna i hälsodeklarationen på nästa sida

Du kan om du vill, skicka hälsodeklarationen i ett förslutet kuvert till arbetsgivaren/gruppföreträdaren för vidarebefordran till Länsförsäkringar

<p>Inom tre månader från anställningsdatum och om du inte har fyllt 60 år behöver du endast besvara fråga 1 om du söker:</p> <p>- Livförsäkring och/eller Förtidskapital - högst 10 prisbasbelopp - Sjukförsäkring - högst 700 kronor</p> <p>Du behöver endast besvara fråga 1 om du söker:</p> <p>- Olycksfallsförsäkring - Barnförsäkring</p> <p>Samtliga frågor på hälsodeklarationen måste besvaras om du söker:</p> <p>- Livförsäkring, Förtidskapital eller Sjukförsäkring efter tre månader från anställningsdatum - Högre liv- eller sjukförsäkringsbelopp - Har fyllt 60 år (gäller inte Olycksfallsförsäkring eller Barnförsäkring)</p>	<p>Anställd/Medlem (GM)</p> <p>Namn</p>		<p>Make/Sambo (MF)</p> <p>Namn</p>	
	<p>Personnummer</p>		<p>Personnummer</p>	
<p>1. Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete?</p> <p>Fullt arbetsför Fullt arbetsför är den som</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/eller - inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. <p>Vid tidpunkten för tecknandet ska den sökande ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>Hälsifrågor</p>	Anställd/Medlem	Make/Sambo	Kompletterande uppgifter Anställd/Medlem	Kompletterande uppgifter Make/Sambo
<p>2. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad i följd? Svarar du "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>3. Använder du eller har du under de senaste 3 åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>4. Har du under de senaste 3 åren undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare eller annan sjukvårdande personal på grund av sjukdom, skada eller handikapp?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>Har du svarat "Ja" på någon av frågorna 2 - 4 måste du lämna kompletterande uppgifter om: (Om utrymmet inte räcker kan du lämna uppgifter på separat papper.)</p>				
<p>Vad heter sjukdomen/besvären, beskriv sjukdomen/besvären samt ange datum när de debuterade?</p>				
<p>När behandlades/undersöktes du (år och månad)?</p>				
<p>Vilken läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.</p>				
<p>Är du symtomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad). Om "Nej", vilket kvarvarande men/besvär/symptom har du?</p>				

Underskrift - Kom ihåg att svara på samtliga uppgifter

Ovan lämnade uppgifter ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna samt fyllt i hälsouppgifterna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Länsförsäkringar de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som Länsförsäkringar anser sig behöva för handläggning av försäkringsansökan eller skadereglering på grund av den sökta försäkringen. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring.

Ort och datum	E-postadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

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

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på www.lansforsakringar.se/grupp. Du kan också få dem av din gruppföreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar, Gruppförsäkring e-post: grupp@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

