

106 50 Stockholm

Ansökan om gruppförsäkring år 2018

Avtal 1840, enhet 4204 Sv Fiskares Riksförbund

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 kan själv ansöka eller ändra dina försäkringar på www.lansforsakringar.se/ansokgruppforsakring. För inloggning krävs BankID, gruppavtalsnummer och enhetsnummer. Du har tre månaders kostnadsfri försäkring från och med din anställningsdag, oavsett nivå på försäkringen.

Prisbasbelopp (Pbb) 45 500

Livförsäkring

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie	Jag anmäler	
		GM	MF
273 000 (6 Pbb)	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
455 000 (10 Pbb)	136	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
682 500 (15 Pbb)	205	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
910 000 (20 Pbb)	273	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukkapitalförsäkring

Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie	Jag anmäler	
		GM	MF
273 000 (6 Pbb)	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
455 000 (10 Pbb)	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
682 500 (15 Pbb)	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Månatlig sjukförsäkring

Månadslön, kr	Sjukersättning, kr/mån	Månadspremie	Jag anmäler	
			GM	MF
0 - 14 499	1 000	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 500 - 26 999	1 500	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 000 -	2 100	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olycksfallsförsäkring	Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie	Jag anmäler	
			GM	MF
Invaliditet, upp till	910 000 (20 Pbb)	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditet, upp till	910 000 (20 Pbb)	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditet, upp till	1 820 000 (40 Pbb)	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditet, upp till	1 820 000 (40 Pbb)	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnförsäkring	Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie oavsett antal barn	Jag anmäler
Invaliditet, upp till	1 365 000 (30 Pbb)	93	<input type="checkbox"/>
Invaliditet, upp till	2 275 000 (50 Pbb)	143	<input type="checkbox"/>

Barnförsäkring kan endast tecknas i kombination med annan försäkring

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:

Rosa Bornstrand, 0703-335583

Blanketten skickas till: Länsförsäkringar Mäklarservice, Försäljningssupport, FE 1643, 838 83 Frösön

Fortsätt på nästa sida!

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692

Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 502010-9681

Postadress 106 50 Stockholm	Affärsområde Hälsa	Telefon 08-588 427 00	Fax 08-588 404 80	E-post info.halsa@lansforsakringar.se	Webb lansforsakringar.se
---------------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	---	---

Hälsodeklaration – Grupp försäkring

	Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
1. Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fullt arbetsför är den som – kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall – inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande – inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.		
Svara på frågorna nedan	<i>När det gått tre månader eller mer sedan du anställdes/blev medlem eller när du söker:</i> - livförsäkring högre nivå än 10 prisbasbelopp och/eller - sjukförsäkring högre nivå än 10 prisbasbelopp eller 1500 kronor (månatlig sjukersättning) eller - har fyllt 60 år	<i>När du söker:</i> - livförsäkring och/eller - sjukförsäkring
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om du svarar "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du eller har du under de tre senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om du svarar "Ja" ange vilket läkemedel samt orsaken till medicinering.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de tre senaste åren behandlats, kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar "Ja", ber vi dig svara på frågorna 4a–4d nedan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4 a Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/bsvären och vilket datum du först blev sjuk/ ck besvär .		
4 b När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c Vilken läkare var du hos? Ange namn och mottagningsadress eller sjukhus/ sjukvårdsinrättning/klinik/avdelning.		
4 d Är du symtomfri? Om du svarar "Ja", ange från när (år och månad).	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar "Nej", ber vi dig beskriva kvarvarande besvär/symtom.	Beskriv kvarvarande besvär	Beskriv kvarvarande besvär

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om grupp försäkring. De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftdatum.

Datum	E-postadress	Telefon dagtid
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Dina personuppgifter

De personuppgifter som Länsförsäkringar hämtar in om dig behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna behandlas för att vi ska kunna administrera försäkringen, ge en helhetsbild av ditt engagemang inom länsförsäkringsgruppen, teckna och fullgöra avtal, framställa rättsliga anspråk och ge en god service. De kan också användas för marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser och för de andra ändamål som framgår av försäkringsvillkoren. Telefonsamtal med dig kan spelas in för att dokumentera de uppgifter du lämnar. I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen, men vi kan lämna ut dem till andra företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med, inom och utom EU och EES-området, samt till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag. Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Hör av dig om något är felaktigt så rättar vi det. Vill du inte att vi använder dina personuppgifter för direktmarknadsföring kan du anmäla det till oss. Fullständig information om vår behandling av dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren som du kan hitta på vår webbplats lansforsakringar.se. Du kan även beställa dem från oss. Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)/ Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag 106 50 Stockholm är personuppgiftsansvariga.

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/halsa. Du kan också få dem av din grupp företrädare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar Hälsa via e-post: info.halsa@lansforsakringar.se.

Gruppavtalsnummer
Avtal 1840, enhet 4204**Kontohavare**

Namn (kontohavare/betalare)	Personnummer/Organisationsnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-postadress	

Observera att kontohavarens namn, bankkonto och person-/organisationsnummer måste tillhöra samma person.

Dragning sker från ditt konto den sista bankdagen i månaden.**Kontouppgifter (Bankkonto som ska användas*)**

Clearingnummer	Bankkontonummer
Bankens namn och ort	

* Clearingnumret är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9xxxxxx. Utelämnas då femte siffran, i detta fall 9. Har du personnummer som kontonummer i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

Jag vill betala nedanstående försäkringar via Autogiro Månadsvis Halvårsvis Helårsvis

Jag vill betala nedanstående försäkringar via Autogiro

Försäkring	Person-/organisationsnummer (om annat än betalarens)

Underskrift

Jag har tagit del av och godkänner Länsförsäkringars Autogiroavtal och samtycker till hur Länsförsäkringar kan använda mina personuppgifter. Jag ger Länsförsäkringar Sak Försäkrings AB (publ) och/eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkrings AB (publ) medgivande att begära uttag från mitt bankkonto för betalning via Autogiro av försäkringar som här antecknats eller senare anmäls av mig.	
Datum	Namnsteckning

Medgivande till betalning via Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av Länsförsäkringar Sak Försäkrings AB (publ) och/eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkrings AB (publ), nedan benämnt Länsförsäkringar, för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro. Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, Länsförsäkringar, Länsförsäkringars betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, Länsförsäkringar samt Länsförsäkringars betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med Länsförsäkringar. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.
--

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar Hälsa Kundservice Postskanning FE 1667 838 83 Frösön

Villkor för autogiro

Beskrivning

Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) och/ eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), nedan benämndt Länsförsäkringar. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till Länsförsäkringar om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (till exempel bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och Länsförsäkringar ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran över yttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

De nition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av Länsförsäkringar att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende era framtida förfallodagar. Om meddelandet avser era framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av Länsförsäkringar om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av Länsförsäkringars meddelande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste nnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning nns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfallodagen kan det

innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får Länsförsäkringar göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från Länsförsäkringar om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen Länsförsäkringar senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av Länsförsäkringar ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta Länsförsäkringar eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara Länsförsäkringar tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för Länsförsäkringar och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Länsförsäkringar har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att Länsförsäkringar underrättat betalaren härom. Länsförsäkringar har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om Länsförsäkringar bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

Personuppgiftslagen (PuL)

De personuppgifter som Länsförsäkringar hämtar in om dig behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna behandlas för att vi ska kunna administrera försäkringen, ge en helhetsbild av ditt engagemang inom länsförsäkringsgruppen, teckna och fullgöra avtal, framställa rättsliga anspråk och ge en god service. De kan också användas för marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser och för de andra ändamål som framgår av försäkringsvillkoren. Telefonsamtal med dig kan spelas in för att dokumentera de uppgifter du lämnar. I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen, men vi kan lämna ut dem till andra företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen

samarbetar med, inom och utom EU och EES-området, samt till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag. Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Hör av dig om något är felaktigt så rättar vi det. Vill du inte att vi använder dina personuppgifter för direktmarknadsföring kan du anmäla det till oss. Fullständig information om vår behandling av dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren som du kan hitta på vår webbplats lansforsakringar.se. Du kan även beställa dem från oss. Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)/Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag 106 50 Stockholm är personuppgiftsansvariga.