

106 50 Stockholm

Ansökan om gruppförsäkring år 2019 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) 46 500

Livförsäkring

| Försäkringsbelopp, kr | Månadspremie | Jag anmäler | |
|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | | GM | MF |
| 279 000 (6 Pbb) | 86 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 465 000 (10 Pbb) | 142 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 697 500 (15 Pbb) | 214 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 930 000 (20 Pbb) | 285 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sjukkapitalförsäkring

| Försäkringsbelopp, kr | Månadspremie | Jag anmäler | |
|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | | GM | MF |
| 279 000 (6 Pbb) | 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 465 000 (10 Pbb) | 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 697 500 (15 Pbb) | 44 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Månatlig sjukförsäkring

| Månadslön, kr | Sjukersättning, kr/mån | Månadspremie | Jag anmäler | |
|------------------------|------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | GM | MF |
| 0 - 14 499 | 1 000 | 43 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 500 - 26 999 | 1 500 | 65 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 000 - | 2 100 | 92 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diagnosförsäkring

| Försäkringsbelopp, kr | Månadspremie | Jag anmäler | |
|-----------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | | GM | MF |
| 46 500 (1 Pbb) | 33 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Olycksfallsförsäkring | Försäkringsbelopp, kr | Månadspremie | Jag anmäler | |
|------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | GM | MF |
| Invaliditet, upp till | 930 000 (20 Pbb) | 40 | | <input type="checkbox"/> |
| Invaliditet, upp till | 930 000 (20 Pbb) | 40 | <input type="checkbox"/> | |
| Invaliditet, upp till | 1 860 000 (40 Pbb) | 68 | | <input type="checkbox"/> |
| Invaliditet, upp till | 1 860 000 (40 Pbb) | 68 | <input type="checkbox"/> | |

| Barnförsäkring | Försäkringsbelopp, kr | Månadspremie oavsett antal barn | Jag anmäler |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Invaliditet, upp till | 1 395 000 (30 Pbb) | 98 | <input type="checkbox"/> |
| Invaliditet, upp till | 2 325 000 (50 Pbb) | 150 | <input type="checkbox"/> |

Barnförsäkring kan endast tecknas i kombination med annan försäkring

Fortsätt på nästa sida!

Ansökan om gruppförsäkring år 2019
Avtal 1840, enhet 4204 Sv Fiskares Riksförbund

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:

Rosa Bornstrand, 0703-335583

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

Fortsätt på nästa sida!

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 över 10 prisbasbelopp - sjukkapitalförsäkring över 10 prisbasbelopp - månatlig sjukförsäkring över 1500 kronor eller har fyllt 60 år | <i>När du söker:</i> - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring - månatlig sjukförsäkring |
| 2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om "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 "Ja" ange namnet på läkemedlet, orsaken till medicinerings samt den period du medicinerat. | <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 (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om "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 ange vilket datum du först blev sjuk/fick 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 "Ja", ange från när (år och månad). Om "Nej", ber vi dig beskriva kvarvarande besvär/symtom. | <input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej, beskriv kvarvarande besvär | <input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej, beskriv kvarvarande besvär |

Underskrift - Samtycke för hälsouppgifter

Jag samtycker till att Länsförsäkringar* behandlar de uppgifter om min hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 42700 eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice, 106 50 Stockholm eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Ett återkallande av samtycket påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att behandla hälsouppgifter så länge samtycke funnits. Behandling av hälsouppgifter är nödvändig för att vi ska kunna handlägga din ansökan och om du inte lämnar samtycke eller återkallar samtycket accepterar du att Länsförsäkringar inte kommer att kunna handlägga din ansökan.
*Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.

Namnteckning anställd/medlem

Namnteckning make/sambo

Underskrift - Ansökan

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 oaktigt 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 återropas av mig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum

E-postadress

Telefon dagtid

Namnteckning anställd/medlem

Namnteckning make/sambo

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. 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 | Namnteckning |

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 benämnt 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 överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition 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 flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera 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 finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns 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.

Länsförsäkringars behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar behandlar personuppgifter i enlighet med vad som anges i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-postadress info.halsa@lansforsakringar.se.