

Ansökan om gruppförsäkring 2012
1660/30004 Civilekonomföreningen Handels Vänner
 Prisbasbelopp (Pbb) 44 000

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
Livförsäkring och barnskydd				
	440 000 (10 Pbb)	181	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	880 000 (20 Pbb)	362	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukkapital				
	264 000 (6 Pbb)	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	440 000 (10 Pbb)	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	660 000 (15 Pbb)	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	880 000 (20 Pbb)	160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukförsäkring				
Månadslön 0 – 14 499	1 000/mån	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön 14 500 – 26 999	1 500/mån	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön 27 000 – 39 999	2 100/mån	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Månadslön 40 000 –	2 500/mån	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycksfall				
Kostnadsersättning enligt avtal Medicinsk- och ekonomisk invaliditet, upp till	880 000 (20 Pbb)	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinsk- och ekonomisk invaliditet, upp till	1 760 000 (40 Pbb)	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfall	44 000 (1 Pbb)			
Barn				
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premien oavsett antal barn. Kostnadsersättning vid olycksfall enligt avtal				
Invaliditetsersättning	1 284 000 (30 Pbb)	67	<input type="checkbox"/>	
Invaliditetsersättning	2 200 000 (50 Pbb)	101	<input type="checkbox"/>	
Dödsfall	44 000 (1 Pbb)			

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare: Confidentor, 031-83 79 80

Ansökan insändes till: Länsförsäkringar Mäklarservice, Box 114, 101 22 Stockholm

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)
 Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ)

Postadress

106 50 Stockholm
 106 50 Stockholm

Fråga 1 ska alltid besvaras	Anställd/Medlem (GM)	Make/Sambo (MF)
1. Är du fullt arbetsför? Se beskrivning nedan.	<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 och/eller - inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning - vid tidpunkten för tecknandet har varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna.		

Frågorna 2 - 4 ska besvaras när du söker livförsäkring, förtidskapital och sjukförsäkring om				
- det har gått mer än tre månader efter anställningsdag oavsett försäkringsbelopp - du söker högre nivåer än 10 prisbasbelopp inom tre månader efter anställning - du söker högre nivå än 1 400 kronor (sjuk) - du har fyllt 60 år - du är make/sambo (MF) - oavsett försäkringsbelopp.				
	Anställd/Medlem	Make/Sambo	Kompletterande uppgifter Anställd/Medlem	Kompletterande uppgifter Make/Sambo
2. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad i följd? Om du svarar "Ja", ange sjukskrivningsperiod och diagnos.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
3. Använder du eller har du under de 3 senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om du svarar "Ja", ange namnet på läkemedlet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
4. Har du under de senaste 3 åren behandlats, kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar "Ja", se följdfrågor nedan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du svarat "Ja" på någon av frågorna 2 - 4 ska kompletterande uppgifter lämnas på följande frågor: (om utrymmet inte räcker kan du lämna uppgifterna på ett separat papper)				
Vad heter sjukdomen/besvären. Beskriv sjukdomen/besvären och ange datum när de debuterade?				
När behandlades/undersöktes du? Ange år och månad.				
Vilken läkare har du anlitat? Ange läkares namn och fullständig mottagningsadress) eller sjukhus/sjukvårdsinrättning (klinik/avdelning).				
Är du symptomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad). Om "Nej", vilket kvarvarande men/besvär/symtom har du?				

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring. De uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.		
Ort och datum	E-postadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Dina personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med Personuppgiftslagens bestämmelser. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från dig själv eller från annat bolag inom länsförsäkringsgruppen, men i vissa situationer även från arbetsgivare eller annan. Samtal kan komma att spelas in för dokumentation av lämnade uppgifter. Länsförsäkringar behandlar personuppgifter om till exempel försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare, förmånstagare och panthavare, såsom namn- och adressuppgifter, personnummer och i vissa fall även uppgifter om yrke och medborgarskap, vissa ekonomiska förhållanden och hälsotillstånd. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, till exempel SPAR. Uppgifterna behandlas för att ge en helhetsbild av ditt engagemang inom länsförsäkringsgruppen samt för att Länsförsäkringar ska kunna teckna och fullgöra avtal och rättsliga skyldigheter, framställa rättsliga anspråk, ge en god service, marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Personuppgifter kan komma att behandlas under viss tid även om försäkring inte beviljas och sedan försäkring avslutats. Uppgifterna är främst avsedda att användas inom länsförsäkringsgruppen, men kan komma att lämnas ut till andra företag, föreningar eller organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med samt till myndigheter om skyldighet därtill föreligger enligt lag. Uppgifter om ditt sakförsäkringsinnehav kan lämnas ut till personer du har hushållsgemenskap med. Personuppgiftsansvarig är Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag, 502010-9681/Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag, 516401-6692. Som fysisk person kan du genom en skriftlig egenhändigt undertecknad ansökan, en gång om året, kostnadsfritt begära att få besked om vilka personuppgifter som rör dig. Du kan också begära att vi rättar felaktiga uppgifter som rör dig samt skriftligen begära att dina personuppgifter inte får användas för direkt marknadsföring.

Gruppavtalsnummer och
administrationsenhetsnummer
1660/30004**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 Mäklarservice
Team Malmö, Box 114
101 22 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