

Gruppförsäkring
106 50 Stockholm

Personnummer Anställd/Medlem (GM)	Personnummer min make/sambo (MF)	Anställd/Medlem för- och efternamn
Prisbasbelopp, kronor 42 800	Namn medförsäkrad	Utdelningsadress
		Postnummer och postort
Gruppavtal och företagets/organisationens namn Avtal 1881 – Svenska Samernas Riksförbund		
Anställningsnummer	Anställd/medlem fr o m (år, månad, dag)	

ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING ÅR 2009

Försäkringsmoment	Prisbasbelopp	Försäkringsbelopp	Månadsbetalning		Jag anmäler:	
			till 35 år	36 år -	Mig	Medförs
Livförsäkring						
	6*	256 800 kr	40,00 kr	60,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10*	428 000 kr	66,00 kr	100,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15*	642 000 kr	99,00 kr	150,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Reduktion med 10 procentenheter per år från och med 60 år.						
Sjukförsäkring med utbetalning i max 4 år						
Månadslön		Ersättning/månad	till 35 år	36 år -		
8.500 – 14.499		700 kr	20,00 kr	30,00 kr	<input type="checkbox"/>	
14.500 – 26.999		1 400 kr	40,00 kr	60,00 kr	<input type="checkbox"/>	
27.000 – 39.999		2 100 kr	60,00 kr	90,00 kr	<input type="checkbox"/>	
40.000 –		2 800 kr	80,00 kr	120,00 kr	<input type="checkbox"/>	
Tre månaders karens, ersättningens storlek beror på månadslönen. Ersättningen utbetalas i max 4 år, dock längst till 65 års ålder. Försäkringen lämnar ersättning vid lägst 25 procent arbetsförmåga.						
Olycksfallsförsäkring, heltid						
Medicinsk invaliditet upp till	15*	642 000 kr	35,00 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomisk invaliditet upp till	30*	1 284 000 kr				
Medicinsk invaliditet upp till	25*	1 070 000 kr	50,00 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomisk invaliditet upp till	50*	2 140 000 kr				
Kostnadsersättningar enligt avtal.						
Dödsfallsersättning	1	42 800 kr				
* Reduktion enligt villkor						
Barnförsäkring, sjuk och olycksfall						
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premie oavsett antal barn.						
Invaliditetsersättning upp till	30	1 284 000 kr	67,00 kr		<input type="checkbox"/>	
Invaliditetsersättning upp till	50	2 140 000 kr	101,00 kr		<input type="checkbox"/>	
Kostnadsersättningar vid olycksfall enligt avtal.						
Dödsfallsersättning	1	42 800 kr				
Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25.						
Gruppsjukvård Bas						
Läkarvård		ingår (efter remiss)	168,00 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation och sjukhusvård		ingår (efter remiss)				
Eftervård och rehabilitering		ingår (efter remiss)				
Resor och logi		ingår				
Psykologbehandlingar		max 10 behandlingar (efter remiss)				
Sjukgymnast/naprapat/kiropraktor		max 10 behandlingar (efter remiss)				

Fullständiga villkor för försäkringen finns på www.lansforsakringar.se/grupp. Har du frågor om försäkringarna kontaktar du Sigillet Fond & Försäkring tel 090-10 84 50 Du kan även kontakta Länsförsäkringar grupp@lansforsakringar.se eller telefon: 08-588 431 50.

Ansökan med hälsodeklARATIONEN sändes till Länsförsäkringar AB, Affärsområde Hälsa, 106 50 Stockholm

Hälsodeklaration - Gruppförsäkring

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

För att få ansöka om den här gruppförsäkringen måste du vara fullt arbetsför	Medlem	Medförsäkrad Make/Sambo
	Namn	Namn
	Personnummer	Personnummer
1. Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete? Med fullt arbetsför menas att du inte - är sjukskriven - har sjuklön från arbetsgivaren - har ersättning från Försäkringskassan (gäller inte föräldrapenning eller vård av barn) - har vilande ersättning från Försäkringskassan - arbetstränar eller har lönebidragsanställning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du något receptbelagt läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de senaste 3 åren undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp?	<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 om: <ul style="list-style-type: none">vilken sjukdom, skada eller handikapp det gällerunder vilka tider du varit sjuknamnet på receptbelagt läkemedelvilken läkare (namn och fullständig mottagningsadress) eller sjukhus/sjukvårdsinrättning (klinik och avdelning) du har varit i kontakt med		
Kompletterande uppgifter om hälsotillståndet. Ange även vilken fråga svaret avser		
/Medlem	Make/Sambo	

Underskrift

Ovannämnda 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, annan sjukvårdsinrättning, vårdcentral, 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 nu aktuell ansökan eller skadereglering på grund av den sökta försäkringen

Ort och datum	Telefon bostad (inkl riktnr)	Telefon arbete (inkl riktnr)
Namnteckning anställd/medlem	Namnteckning make/sambo	

Jag medger att premien för gruppförsäkring automatiskt får dras från mitt konto enligt villkor för Autogiro

Clearing- och kontonummer (clearingnummer behövs inte för personkonto/plusgiro)	Kontohavarens efternamn och förnamn
---	-------------------------------------

Personnummer	Datum	Kontohavarens namnteckning
--------------	-------	----------------------------

Villkor för Autogiro Bankgiro - Medgivande om uttag Jag medger att uttag får göras från angivet bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för överföring till denne via bankens automatiska betalningstjänst, Autogiro. Banken är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela mig i förväg om begärda uttag. Meddelande om gjorda uttag får jag på kontoutdrag från banken. Medgivandet kan på min begäran överflyttas till annat konto i banken eller till konto i annan bank. Jag ska senast bankdagen före förfallodagen ha tillräckligt med pengar på kontot för mina betalningar. Jag medger att uttaget får belastas mitt konto i banken enligt bankens regler. Uttag från mitt konto får ske på förfallodagen eller inom en vecka därefter.	Jag accepterar att banken ska godkänna att mitt konto får användas för Autogiro samt att banken och betalningsmottagaren har rätt att i vissa fall avbryta min anslutning till Autogiro. Bankgirocentralen, BGC AB, har i uppdrag att sköta Autogiro-rutinen för bankens räkning. Jag medger därför att uppgifter ur bankens register om kontots nummer och adress får samarbetas med Bankgirocentralens uppgifter till ett register. Mitt medgivande gäller tills vidare. Medgivandet upphör fem (5) bankdagar efter det att jag skriftligen återkallat det hos betalningsmottagaren eller banken.
Plusgiro - Medgivande om uttag Jag medger att uttag får göras från mitt konto på begäran av betalningsmottagaren för överföring till denne. Plusgirot är inte skyldigt att pröva behörigheten av begärda uttag. Uttag redovisas på kontoutdrag. Jag förbinder mig att hålla tillräckligt belopp tillgängligt på mitt konto senast på förfallodagen. Uttag får göras tidigast på förfallodagen. Betalningsmottagaren är skyldig att i god tid	före uttag underrätta mig om betalningens belopp och förfallodag. Betalningsmottagaren ska vid anfordran återbetala belopp som felaktigt överförts från mitt konto. Om jag inte medger ett visst uttag måste jag underrätta betalningsmottagaren senast tredje bankdagen före förfallodagen. Detta medgivande gäller tills vidare och upphör fem (5) dagar efter det att det återkallats hos betalningsmottagaren.

Skaderegistrering

För att minska försäkringsbolagens kostnader för ersättning som baseras på oriktiga uppgifter använder sig bolaget av ett för försäkringsbranschen gemensamt skadeanmälningsregister (GSR). Registret används endast i samband med skadereglering. Personuppgiftsansvarig för GSR är Försäkringsförbundet. När en skada anmäls till bolaget, anmäls denna (skadetyp, skadedatum, skade-, organisations- och personnummer) även för registrering i GSR. Det innebär att bolaget får reda på om du tidigare anmält någon skada hos annat försäkringsbolag.

Information

De personuppgifter du lämnar till oss behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL). Uppgifterna hämtar vi direkt från dig, från något länsförsäkringsbolag, från arbetsgivare eller annan. 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. Uppgifter om ditt sakförsäkringsinnehav kan också lämnas ut till personer som du har hushållsgemenskap med. Personuppgifter används bland annat för att teckna och administrera avtal och för att fullgöra rättsliga skyldigheter.
Personuppgiftsansvarig är din försäkringsgivare. Som fysisk person har du rätt att genom en skriftlig ansökan en gång om året, kostnadsfritt begära att få besked om vilka personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att begära att vi rättar felaktiga personuppgifter som rör dig samt skriftligen anmäla att dina personuppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring. För mer information, kontakta oss eller gå in på vår hemsida www.lansforsakringar.se