



Så här fyller du i ansökan

- Fylls i personligen av den som söker försäkring
- Använd blåckpenna
- Fyll noggrant i:
 - Personuppgifter
 - Nivå på försäkringen
- Glöm inte att skriva under på baksidan.
- Skicka in ansökan utan dröjsmål

Hälsoförklaring "Min Hälsa" ska lämnas tillsammans med ansökan av följande försäkring:

- Ersättningsförsäkring Flex

Se till att fylla i alla uppgifter. En ofullständigt ifylld ansökan måste vi skicka tillbaka till dig vilket gör att handläggningstiden blir längre.

Om du har några frågor är du välkommen att ringa oss på telefon **090 – 10 91 44**

Bolagsnr	Ombudsnr
----------	----------

Personuppgifter

Personnummer (10 siffror)	Namn		
Utdelningsadress		Postnummer	Postort
Telefon (även riktnr)	Mobilnummer	Yrke/Sysselsättning	
E-postadress			

Försäkringsbelopp

	Nivå	Försäkringsbolagets not
<input type="checkbox"/> Ersättningsförsäkring Flex	500 kr/dag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ersättningsförsäkring Flex	1 000 kr/dag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ersättningsförsäkring Flex	1 500 kr/dag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ersättningsförsäkring Flex	2 000 kr/dag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring för medhjälpare		

Betalningsuppgifter**Inbetalningskort**

<input type="checkbox"/> Inbetalningskort önskas helår	<input type="checkbox"/> Inbetalningskort önskas halvår *	* Om betalning görs halvårsvis tillkommer en avgift på 3% av premien.
--	---	---

Autogiro

Betalning önskas via autogiro. Med min underskrift nedan godkänner jag villkoren för autogiro. (Villkoren finns på vår hemsida)

Clearingnummer	Bankkontonummer	Kontohavarens person-/organisationsnummer
Betalningsperiod <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Halvår** <input type="checkbox"/> Månadsvis**		Premien kommer att dras från angivet konto. ** Om betalning görs halvårsvis tillkommer en avgift på 3% av premien. Vid månadsbetalning är avgiften 5% av premien.
Kontohavarens medgivande till autogirodragning (namnteckning)		

Ifylles om företag eller annan än den försäkrade ska betala premien

Namn		Organisations-/Personnummer	
Aviadress	Postnummer	Postort	
Notera vilka försäkringar som ska aviseras		Firmatecknarens/Betalarens underskrift	

Underskrift med mera

Medgivande att inhämta, lagra och att använda personuppgifter Jag medger att Länsförsäkringar får behandla och lagra vissa personuppgifter, såsom personnummer, namn och adressuppgifter med mera om försäkringstagare, medförsäkrad, premiebetalare, förmånstagare och panthavare. (Uppgifterna används för att vi skall kunna fullgöra vår del av avtalet, för att kunna ge en god kundservice, för marknadsföring samt för att i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Uppgifterna är dels avsedda att användas av Länsförsäkringar i sin verksamhet samt av bolag inom koncernen och dels av bolag inom länsförsäkringsgruppen inom ramen för försäkringspaketet Säker Person. Du kan kostnadsfritt en gång om året, genom skriftlig ansökan, erhålla registerutdrag över de uppgifter som rör dig. Du kan också begära att vi rättar felaktiga uppgifter).		Fullmakt Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut får lämna Länsförsäkringar - eller den som på uppdrag av Länsförsäkringar sköter den medicinska riskbedömningen eller skaderegleringen - de upplysningar eller handlingar med mera som de finner erforderliga med anledning av de sökta försäkringarna eller kommande skadereglering. Uppgifterna hanteras under sekretess. Jag medger att de uppgifter som Länsförsäkringar - eller den som på uppdrag av Länsförsäkringar sköter den medicinska riskbedömningen eller skaderegleringen - erhåller om den försäkrades hälsotillstånd samt den utförda riskbedömningen får lagras och delges aktuella återförsäkringsgivare oavsett om försäkringen beviljas eller inte. Jag är medveten om att oriktig och ofullständig uppgift i denna ansökan eller i annan handling som ligger till grund för denna ansökan kan medföra försäkringens ogiltighet.	
Datum (åååå-mm-dd)	Försäkrads/Försäkringstagarens underskrift		
Personnummer	Namnförtydligande		

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar EFEL Skadeförsäkrings AB, (publ) 516406-0666

Länsförsäkringar Västerbotten | Jörgen Karlsson | Box 153 | 901 04 UMEÅ

Ansökan skickas till:

Om du har frågor är du välkommen att ringa oss på telefonnummer 090 – 10 91 44

ERSÄTTARFÖRSÄKRING, PRIS I KRONOR PER ÅR

Ålder	Försäkringbelopp 180 000 kr max 1 000 kr/dag		Försäkringbelopp 270 000 kr max 1 500 kr/dag		Försäkringbelopp 360 000 kr max 2 000 kr/dag	
	Medlem	Ej medlem	Medlem	Ej medlem	Medlem	Ej medlem
<35	1 767	(1 963)	2 651	(2 945)	3 533	(3 926)
36-40	2 131	(2 368)	3 197	(3 552)	4 262	(4 736)
41-45	2 804	(3 116)	4 207	(4 674)	5 608	(6 231)
46-50	3 029	(3 365)	4 543	(5 048)	6 056	(6 729)
51-55	3 955	(4 394)	5 931	(6 590)	7 907	(8 786)
56-60	4 656	(5 173)	6 983	(7 759)	9 309	(10 343)
61-65	5 357	(5 952)	8 034	(8 927)	10 711	(11 901)

Åldersintervall gäller från och med den försäkringsperiod den försäkrade fyller 36, 41, 46, 51, 56 respektive 61 år.

KUNDÖLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

Försäkringsbelopp	Pris per år, medlem, kr	Pris per år, ej medlem, kr
10 prisbasbelopp	420	467
20 prisbasbelopp	797	886

Priset gäller för högst 25 kunder vid ett och samma tillfälle. För varje ytterligare 10-tal kunder tillkommer 150 kronor. För ridverksamhet tillkommer 100 kronor per häst.

ÖLYCKSFALLSFÖRSÄKRING FÖR MEDHJÄLPARE

Försäkringsbelopp	Pris per år, medlem, kr	Pris per år, ej medlem, kr
10 prisbasbelopp	420	467
20 prisbasbelopp	797	886