

106 50 Stockholm

Ansökan om gruppförsäkring år 2018

Avtal 1881, enhet 48597 Svenska Samernas Riksförbund

Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
Anställningsnummer/medlemsnummer	Namn make/sambo
Anställd/medlem fr o m (år, månad, dag)	

Anställd/medlem för- och efternamn
Utdelningsadress
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

273 000 (6 Pbb)
455 000 (10 Pbb)
682 500 (15 Pbb)

Månadspremie

16-35 år	36-67 år
52	78
75	113
113	170

Jag anmäler

GM	MF
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Månatlig sjukförsäkring

Månadslön, kr

0 - 14 499
14 500 - 26 999
27 000 - 39 999
40 000 - 49 999
50 000 -

Sjukersättning, kr/mån

1 000
1 500
2 100
2 500
3 500

Månadspremie

16-35 år	36-67 år
25	38
36	53
48	73
58	86
78	117

Jag anmäler

GM	MF
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Olycksfallsförsäkring

Försäkringsbelopp, kr

Månadspremie

Invaliditet, upp till
Invaliditet, upp till

1 365 000 (30 Pbb)
2 275 000 (50 Pbb)

54
76

Jag anmäler

GM	MF
☐	☐
☐	☐

Barnförsäkring

Försäkringsbelopp, kr

Månadspremie oavsett antal barn

Invaliditet, upp till
Invaliditet, upp till

1 365 000 (30 Pbb)
2 275 000 (50 Pbb)

93
143

Jag anmäler

☐
☐

Barnförsäkring kan endast tecknas i kombination med annan försäkring

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:

090-2066300

Blanketten skickas till:

Länsförsäkringar Västerbotten
Jörgen Karlsson
Box 153
901 04 UBMEJE/UMEA

Fortsätt på nästa sida!

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 502010-9681

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

Hälsodeklaration – Gruppförsäkring

	Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
1. Är du fullt arbetsför?	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ 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.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ 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.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ 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	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
4 a Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/besvären 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 symptomfri? Om du svarar "Ja" , ange från när (år och månad).	☐ Ja År: _____ Månad: _____ ☐ Nej	☐ Ja År: _____ Månad: _____ ☐ 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 gruppförsäkring. 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 underskriftsdatum.		
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 försäkringar, 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 med 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 gruppföreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar Hälsa via e-post: info.halsa@lansforsakringar.se.

