

106 50 Stockholm

Ansökan om gruppförsäkring år 2019 Avtal 1881, enhet 48597 Svenska Samernas 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	
	16-35 år	36-67 år	GM	MF
279 000 (6 Pbb)	53	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
465 000 (10 Pbb)	76	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
697 500 (15 Pbb)	114	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Månatlig sjukförsäkring

Månadslön, kr	Sjukersättning, kr/mån	Månadspremie		Jag anmäler	
		16-35 år	36-67 år	GM	MF
0 - 14 499	1 000	26	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 500 - 26 999	1 500	38	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 000 - 39 999	2 100	51	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 000 - 49 999	2 500	61	91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 000 -	3 500	82	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olycksfallsförsäkring	Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie	Jag anmäler	
			GM	MF
Invaliditet, upp till	1 395 000 (30 Pbb)	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditet, upp till	2 325 000 (50 Pbb)	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnförsäkring	Försäkringsbelopp, kr	Månadspremie oavsett antal barn	Jag anmäler
			GM
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

Vänd dig i första hand till din gruppföreträdare:

Totte Nordahl, 090-141180

Blanketten skickas till: Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice, Postskanning FE 1667, 838 83 Frösön

Fortsätt på nästa sida!

Hälsodeklaration • Gruppförsäkring

	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 <ul style="list-style-type: none"> 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/besvären och ange 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 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 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 otillständig 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	

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/halsa. Du kan också få dem av din gruppöreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar Hälsa via e-post: info.halsa@lansforsakringar.se.