

Personnummer Anställd/Medlem (GM)	Personnummer min make/sambo (MF)	Anställd/Medlem för- och efternamn
Prisbasbelopp, kronor 42 400	Namn medförsäkrad	Utdelningsadress
Gruppavtal Avtal 5800	Organisationens namn Officersförbundet	Postnummer och postort

ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING ÅR 2010

Försäkringsmoment	Prisbas- Belopp	Försäkrings- belopp	Månadsbetalning/ försäkrad	Jag anmäler:	
				GM	MF
Livförsäkring med enkelt förtidskapital					
För gruppmedlem	6	254 400 kr	51,00 kr	<input type="checkbox"/>	
	10	424 000 kr	84,00 kr	<input type="checkbox"/>	
	15	636 000 kr	126,00 kr	<input type="checkbox"/>	
För medförsäkrad	6	254 400 kr	109,00 kr		<input type="checkbox"/>
Livförsäkring utan förtidskapital					
För gruppmedlem och medförsäkrad	6	254 400 kr	31,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	424 000 kr	51,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	636 000 kr	76,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	1.060 000 kr	126,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35	1.484 000 kr	176,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50*	2.120 000 kr	251,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Försäkrad kan max teckna 50 pbb i sammanlagt livförsäkringsbelopp (livförsäkring med och utan förtidskapital). Livförsäkringsbeloppet reduceras med 10 procentenheter per år från och med 60 år. Förtidskapitalets storlek är beroende av livförsäkringsbeloppet och den försäkrades ålder efter två respektive fyra års arbetsförmåga. Reduktion av förtidskapital enligt villkor.					
Sjukförsäkring med 3 månaders karens					
Månadslön		Ersättning/månad			
15.100 – 18.099		1 200 kr	19,00 kr	<input type="checkbox"/>	
18.100 – 21.099		1 400 kr	22,00 kr	<input type="checkbox"/>	
21.100 – 25.099		1 600 kr	25,00 kr	<input type="checkbox"/>	
25.100 – 29.099		1 800 kr	28,00 kr	<input type="checkbox"/>	
29.100 – 34.099		2 000 kr	31,00 kr	<input type="checkbox"/>	
34.100 – 39.099		2 200 kr	34,00 kr	<input type="checkbox"/>	
39.100 –		2 400 kr	37,00 kr	<input type="checkbox"/>	
Ersättningen utbetalas efter 90 dagars arbetsförmåga i maximalt 2 år, dock längst till 61 års ålder. Försäkringen lämnar ersättning vid lägst 25 procent arbetsförmåga.					
Olycksfallsförsäkring, fritid			34,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostnadsersättningar enligt avtal.					
Medicinsk invaliditet upp till	15*	636 000 kr			
Ekonomisk invaliditet upp till	30*	1 272 000 kr			
Dödsfallsersättning	1	42 400 kr			
Invaliditetstillägg, heltid					
Invaliditet upp till 49 procent, max	10*	424 000 kr			
Invaliditet från 50 procent, max	20*	848 000 kr			
* Reduktion enligt villkor					
* Ersättning lämnas inte för både medicinsk och ekonomisk invaliditet.					
Barnförsäkring, sjukdom och olycksfall					
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premie oavsett antal barn.					
Medicinsk och ekonomisk invaliditet, upp till	30	1 272 000 kr	59,00 kr	<input type="checkbox"/>	
Medicinsk och ekonomisk invaliditet, upp till	50	2 120 000 kr	89,00 kr	<input type="checkbox"/>	
Kostnadsersättningar vid olycksfall enligt avtal.					
Dödsfallsersättning	1	42 400 kr			
Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25.					

På baksidan fyller du i hälsodeklarationen och skriver under ansökan!

Hälsodeklaration - Gruppförsäkring

<p>Inom tre månader från anställningsdatum och om du inte har fyllt 60 år behöver du endast besvara fråga 1 om du söker:</p> <p>- Livförsäkring och/eller Förtidskapital - högst 10 prisbasbelopp</p> <p>Du behöver endast besvara fråga 1 om du söker:</p> <p>- Olycksfallsförsäkring</p> <p>Samtliga frågor på hälsodeklarationen måste besvaras om du söker:</p> <p>- Livförsäkring, Förtidskapital eller Sjukförsäkring efter tre månader från anställningsdatum</p> <p>- Högre liv- eller sjukförsäkringsbelopp</p> <p>- Har fyllt 60 år (gäller inte Olycksfallsförsäkring eller Barnförsäkring)</p>	<p>Anställd/Medlem (GM)</p>		<p>Make/Sambo (MF)</p>	
	<p>Namn</p>		<p>Namn</p>	
	<p>Personnummer</p>		<p>Personnummer</p>	
<p>1. Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete?</p> <p>Fullt arbetsför</p> <p>Fullt arbetsför är den som</p> <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 och/eller - inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. <p>Vid tidpunkten för tecknandet ska den sökande ha varit fullt arbetsför de senaste 30 dagarna.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	
<p>Hälsifrågor</p>	Anställd/Medlem	Make/Sambo	Kompletterande uppgifter Anställd/Medlem	Kompletterande uppgifter Make/Sambo
<p>2. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad i följd?</p> <p>Svarar du "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>4. Har du under de senaste 3 åren undersökts, kontrollerats eller behandlats av läkare eller annan sjukvårdande personal på grund av sjukdom, skada eller handikapp?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>		
<p>Har du svarat "Ja" på någon av frågorna 2 - 4 måste du lämna kompletterande uppgifter om:</p> <p>(Om utrymmet inte räcker kan du lämna uppgifter på separat papper.)</p>				
<p>Vad heter sjukdomen/besvären, beskriv sjukdomen/besvären samt ange datum när de debuterade?</p>				
<p>När behandlades/undersöktes du (år och månad)?</p>				
<p>Vilken läkare eller vårdgivare har du anlitat? Ange sjukhus, klinik, mottagning etc.</p>				
<p>Är du symptomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad). Om "Nej", vilket kvarvarande men/besvär/symtom har du?</p>				

Underskrift - Kom ihåg att svara på samtliga uppgifter

<p>Ovan lämnade 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.</p> <p>Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, 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 försäkringsansökan eller skadereglering på grund av den sökta försäkringen.</p> <p>Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring.</p>		
Ort och datum	E-postadress	Telefon dagtid (inkl riktnummer)
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till oss behandlas enligt Personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna hämtar vi direkt från dig, från något länsförsäkringsbolag, från arbetsgivare eller annan. Länsförsäkringar kan även komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med Länsförsäkringar. 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.

Personuppgifter används bland annat för att teckna och administrera avtal och för att fullgöra rättsliga skyldigheter. Uppgifter om ditt sakförsäkringsinnehav kan lämnas ut till personer som du har hushållsgemenskap med. Du har rätt att, kostnadsfritt begära att vi rättar felaktiga personuppgifter som rör dig eller anmäla att dina personuppgifter inte ska användas till direktmarknadsföring.

För mer information kontakta oss eller gå in på vår hemsida www.lansforsakringar.se

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns hos Medlemsservice eller på hemsida www.officersforbundet.se