

Ansökan ska göras inom tre månader från utträdet ur gruppförsäkringen

Gruppavtalsnummer:

900000

Personuppgifter för den som var gruppmedlem i gruppavtalet

Efternamn, förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnr)

Personuppgifter för den som var medförsäkrad i gruppavtalet

Efternamn, förnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnr)
Avser ansökan endast medförsäkrad måste uppgift lämnas om gruppmedlems personnummer. Är gruppmedlem avliden, var god ange även datum för dödsfallet.		Dödsfallsdatum
Gruppmedlems personnummer		

Jag/vi har tillhört

Gruppavtalsnr	Företag/Organisation	Försäkringen betald t o m
Kan du/ni anslutas till annan likvärdig försäkring?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Du kan endast söka de försäkringar som du tidigare haft i din gruppförsäkring

Jag/vi ansöker om nedanstående försäkringar

	Tidigare gruppmedlem	Tidigare medförsäkrad
Livförsäkring	Sökt försäkringsbelopp, kronor 1)	Sökt försäkringsbelopp, kronor 1)
Livförsäkring enkelt förtidskapital		
Livförsäkring dubbelt förtidskapital		
Olycksfallsförsäkring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Sjukförsäkring	Sökt försäkringsbelopp, kronor 2)	

- Försäkringsbeloppet får vara högst det belopp som du hade när du gick ur gruppavtalet och lägst 10.000 kr. Du har under din tid i gruppförsäkringen fått antingen ett försäkringsbesked eller en folder där du kan se vilket försäkringsbelopp och om du haft förtidskapital.
- Försäkringsbeloppet får vara högst det belopp som du hade när du gick ur gruppavtalet.

Vid ansökan om Barnförsäkring, ska barnens namn och personnummer anges

Barnets namn	Personnummer	Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer	Barnets namn	Personnummer

Förmånstagarförordnande

OBS! Ett särskilt förordnande som du har gjort för din grupplivförsäkring gäller inte för fortsättningsförsäkringen. Följande gäller för livförsäkringen i fortsättningsförsäkringen, om du inte skriftligen anmäler något annat. Förmånstagare till belopp som betalas ut vid dödsfall är i angiven ordning:
 a) make eller sambo

b) arvingar. Förmånstagare enligt a) kan helt eller delvis avstå från sin rätt, till förmån för förmånstagarna enligt b).
 Du kan ändra detta förmånstagarförordnande. Du kan hitta en blankett för förmånstagare på www.lansforsakringar.se/grupp

Betalningssätt

Tidigare gruppmedlem, jag önskar betala	<input type="checkbox"/> via Autogiro (kom ihåg att fylla i Ansökan om Autogiro)	<input type="checkbox"/> med inbetalningskort
Tidigare medförsäkrad, jag önskar betala	<input type="checkbox"/> via Autogiro (kom ihåg att fylla i Ansökan om Autogiro)	<input type="checkbox"/> med inbetalningskort

Underskrift

Ort och datum	
Namnteckning tidigare gruppmedlem	Namnteckning tidigare medförsäkrad

Ansökan skickas till:
 Länsförsäkringar
 Affärsområde Hälsa
 Gruppliv
 106 50 Stockholm

Fortsättning på sid 2 >>>

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692
 Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

Telefon
 08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
www.lansforsakringar.se/grupp

Gruppavtalsnummer:

Försäkringstagare och kontohavare

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)

Jag vill även betala försäkringen för:

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefonnummer dagtid (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)

Kontouppgifter

Bankens namn och ort		
Clearingnummer	Kontonummer	Personkontonummer

Om tackning för det aviserade beloppet inte finns på kontohavarens bankkonto, inträffar följande:

- Denna överenskommelse upphör att gälla.
- Försäkring ingående i överenskommelsen aviseras enligt sedvanliga regler.

Betalningen görs automatiskt från ditt konto den sista bankdag i förfallomånaden

Villkor för Autogiro

Bankgiro

Medgivande om uttag.

Jag, nedan benämnd betalaren, medger att uttag får göras från mitt angivna bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning via Autogiro. Kontoförande bank är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt kontoförande banks regler. Meddelande om uttag får betalaren från kontoförande bank. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto i kontoförande bank eller till konto i annan bank.

För uttag gäller dessutom följande:

Godkännande/information i förväg.

Betalningsmottagaren får begära uttag från betalarens konto på förfalldagen

- om betalaren senast åtta vardagar före förfalldagen fått meddelande om belopp, förfalldag och betalningssätt, eller
- om betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

Tackning måste finnas på kontot.

Betalaren ska se till att tillräckligt stort belopp finns på kontot för betalning på förfalldagen. Om kontobehållningen inte räcker för betalning på förfalldagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande vardagarna, som får omfatta högst en vecka. Information om antalet uttagsförsök lämnas av betalningsmottagaren.

Stopp av uttag.

Betalaren kan stoppa

- ett enskilt uttag genom att kontakta betalningsmottagaren senast två vardagar före förfalldagen,
- alla uttag avseende medgivandet genom att kontakta banken senast två vardagar före förfalldagen.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse.

Medgivandet gäller tills vidare. Om betalaren vill återkalla medgivandet gör betalaren det genom att kontakta kontoförande bank eller betalningsmottagaren. Medgivandet upphör senast fem vardagar efter att återkallelsen kommit kontoförande bank eller betalningsmottagaren tillhanda.

Rätten för kontoförande bank och betalningsmottagaren att avsluta anslutningen till Autogiro.

Kontoförande bank och betalningsmottagaren har rätt att avsluta anslutningen till Autogiro 30 dagar efter det att kontoförande bank/betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Kontoförande bank och betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfalldagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas.

Jag har tagit del av villkoren för Autogiro enligt ovan

Ort och datum	
Kontohavarens/betalarens namnteckning	Namnförtydligande

Ansökan skickas till:

Länsförsäkringar
Affärsområde Hälsa
Gruppliv
106 50 Stockholm

Försäringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ). org.nr 516401-6692
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ). org.nr 502010-9681

Telefon
08-588 431 50

E-postadress
grupp@lansforsakringar.se

Webb
www.lansforsakringar.se/grupp