

Ansökan om gruppförsäkring år 2018

Avtal 30100 – Travtränarnas Riksförbund

Personnummer Medlem (GM)	Medlem för- och efternamn	Utdelningsadress
Personnummer make/sambo (MF)	Make/sambo för- och efternamn	Postnummer och postort
Ifylls av TR: Medlem fr o m (år, månad, dag)		* Prisbasbelopp (Pbb) 45 500

Försäkringsmoment	Prisbasbelopp*	Försäkringsbelopp	Årspremie/ försäkrad	Jag anmäler GM	MF
Livförsäkring	8	364 000 kr	1 152 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukkapitalförsäkring	8	364 000 kr	636 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycksfallsförsäkring					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 365 000 kr	648 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfallsersättning	1	45 500 kr			
<i>Reduktion enligt villkor.</i>					
Barnförsäkring					
Sjuk och Olycksfall					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 365 000 kr	1 116 kr	<input type="checkbox"/>	
Dödsfallsersättning	1	45 500 kr			
<i>Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25. Premie oavsett antal barn. Barnförsäkring kan endast tecknas i kombination med annan försäkring.</i>					
Sjukvårdsförsäkring					
Gruppmedlem			2 400 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	
Medförsäkrad make/maka/sambo			3 336 kr		<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring Barn 2-15 år			2 484 kr	<input type="checkbox"/>	
Sjukvårdsförsäkring Barn 16-24 år			3 096 kr	<input type="checkbox"/>	

Barnets uppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer

Du får inte ersättning för befintliga sjukdomar eller besvär som du har när du köper försäkringen. När du har varit behandlingsfri i 24 månader tillämpas inte begränsningen längre.

Kontakt

Staffan Osterling
Telefon 070-334 73 02
staffan.osterling@telia.com

Skicka ansökan till

Travtränarnas Riksförbund
Kvarnbäcksvägen 23
892 32 Domsjö

Vid frågor kan du även kontakta

Ingvar Mällberg - Söderberg & Partners
Telefon 0761-495 082
ingvar.mallberg@soderbergpartners.se

	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 – 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	När det gått tre månader eller mer sedan du blev medlem eller om du fyllt 60 år och söker - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring	Om du som medförsäkrad söker - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring
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 vilket datum du först blev sjuk/ fick 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 symtomfri? 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 08-588 427 00 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 söker om.

Namnteckning anställd/medlem

Namnteckning make/sambo

Underskrift - Ansökan

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om grupp försäkring, sjukvårdsförsäkring och/eller sjukvårdsförsäkring barn. 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 återropas av mig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum

E-postadress

Telefon dagtid

Namnteckning anställd/medlem

Namnteckning make/sambo