

Ansökan om grupp försäkring år 2017

Gruppavtal och företagets/organisationens namn Avtal 30100 – Travtränarnas Riksförbund		
Personnummer Medlem (GM)	Medlem fr o m (år, månad, dag)	Medlem för- och efternamn
Personnummer make/sambo (MF)	Namn make/sambo	Utdelningsadress
* Prisbasbelopp för 2017 är 44 800 kr.		Postnummer och postort

Försäkringsmoment	Prisbasbelopp*	Försäkringsbelopp	Årspremie/ försäkrad	Jag anmäler GM	MF
Livförsäkring	8	358 400 kr	1 152 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukkapital	8	358 400 kr	624 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olycksfall					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 344 000 kr	636 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfallsersättning <i>Reduktion enligt villkor.</i>	1	44 800 kr			
Barn Sjuk och Olycksfall					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 344 000 kr	1 104 kr	<input type="checkbox"/>	
Dödsfallsersättning <i>Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25. Premie oavsett antal barn.</i>	1	44 800 kr			
Sjukvård					
Gruppmedlem			2 628 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	
Medförsäkrad make/maka/sambo			3 336 kr		<input type="checkbox"/>
Sjukvård Barn 2-15 år			2 484 kr	<input type="checkbox"/>	
Sjukvård Barn 16-24 år			3 096 kr	<input type="checkbox"/>	
Barnets uppgifter					
Förnamn	Efternamn	Personnummer			
Förnamn	Efternamn	Personnummer			
Förnamn	Efternamn	Personnummer			

Vänligen observera att befintliga sjukdomar eller besvär som finns vid försäkringens tecknande är undantagna i försäkringen.
Undantaget gäller till och med två år efter sista behandlingstillfället/kontrollen.

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	om det gått tre månader eller mer sedan du blev medlem eller om du har fyllt 60 år och söker: - livförsäkring och/eller - sjukkapital	om du som medförsäkrad söker: - livförsäkring och/eller - sjukkapital
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.	<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 du svarar "Ja" ange vilket läkemedel samt orsaken till medicinering.	<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, 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	<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/bsvären 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 du svarar "Ja", ange från när (år och månad). Om du svarar "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

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 försäkringen, 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 om 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.