



Ansökan till Gruppförsäkring 2021

Avtal 2000

Personnummer medlem (GM)	Namn medlem	Medlem fr. o m (år, månad, dag)
Personnummer make/sambo (MF)	Namn make/sambo	Medlemsnr
Utdelningsadress	Postnummer och postort	

	Försäkrings- belopp	Prisbasbelopp belopp	Månadspremie / person		Jag anmäler:	
			- 35 år	36 – 67 år	GM	MF
Livförsäkring	476 000 kr	10	46 kr	75 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	952 000 kr	20	89 kr	149 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 428 000 kr	30	135 kr	224 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukkäpital	476 000 kr	10	- 35 år 39 kr	36 - 67 år 65 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	952 000 kr	20	68 kr	113 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 428 000 kr	30	97 kr	162 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukförsäkring	Månadslön minst	Ersättning/månad	Månadspremie / person			
			- 35 år	36 - 65 år		
	14 500 kr	1 400 kr	34 kr	59 kr	<input type="checkbox"/>	
	20 000 kr	1 700 kr	42 kr	71 kr	<input type="checkbox"/>	
	27 000 kr	2 100 kr	51 kr	88 kr	<input type="checkbox"/>	
33 000 kr	2 400 kr	59 kr	101 kr	<input type="checkbox"/>		
40 000 kr	2 800 kr	68 kr	118 kr	<input type="checkbox"/>		
Olycksfalls- Försäkring	Försäkrings- belopp	Prisbasbelopp (pbb)*	Månadspremie / person - 67 år			
	1 428 000 kr	30	58 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 380 000 kr	50	80 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnförsäkring	1 428 000 kr	30	106 kr		<input type="checkbox"/>	
	2 380 000 kr	50	163 kr		<input type="checkbox"/>	

*Prisbasbelopp (Pbb) för året 2021 är 47 600 kr.

Ansökan sänds till: Max Matthiessen AB, Grupp Liv, Box 5908, 114 89 Stockholm.



Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), org nr 502010-9681

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), org nr 516401-6692

Postadress

106 50 Stockholm

106 50 Stockholm

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

- 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.

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/bsvären och ange 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 Kundenservice 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 Kundenservice, 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 samtycket 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.

Namn/teckning anställd/medlem	Namn/teckning 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 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
-------	--------------	----------------

Namn/teckning anställd/medlem	Namn/teckning make/sambo
-------------------------------	--------------------------

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