



Ansökan till Gruppförsäkring 2022

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 | 483 000 kr | 10 | 48 kr | 79 kr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 966 000 kr | 20 | 93 kr | 156 kr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 449 000 kr | 30 | 142 kr | 235 kr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjukkäpital | 483 000 kr | 10 | - 35 år 40 kr | 36 - 67 år 66 kr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 966 000 kr | 20 | 69 kr | 115 kr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 449 000 kr | 30 | 99 kr | 164 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 | 32 kr | 56 kr | <input type="checkbox"/> | |
| | 20 000 kr | 1 700 kr | 40 kr | 67 kr | <input type="checkbox"/> | |
| | 27 000 kr | 2 100 kr | 48 kr | 84 kr | <input type="checkbox"/> | |
| 33 000 kr | 2 400 kr | 56 kr | 96 kr | <input type="checkbox"/> | | |
| 40 000 kr | 2 800 kr | 65 kr | 112 kr | <input type="checkbox"/> | | |
| Olycksfalls- Försäkring | Försäkrings- belopp | Prisbasbelopp (pbb)* | Månadspremie / person - 67 år | | | |
| | 1 449 000 kr | 30 | 58 kr | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2 415 000 kr | 50 | 80 kr | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnförsäkring | 1 449 000 kr | 30 | 109 kr | | <input type="checkbox"/> | |
| | 2 415 000 kr | 50 | 168 kr | | <input type="checkbox"/> | |

*Prisbasbelopp (Pbb) för året 2022 är 48 300 kr.

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



Försäkringsgivare

Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 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 underskriftdatum.

| | | |
|-------|--------------|----------------|
| 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.