

# Ansökan Försäkring Direkt Liv & Hälsa

Skickas med post till: **Försäkring Direkt, Box 38044, 100 64 Stockholm** eller med e-post: [kundservice@forsakringdirekt.com](mailto:kundservice@forsakringdirekt.com).

PERSONUPPGIFTER		
Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	E-post
Medförsäkrads (make/maka/sambo) förnamn och efternamn		Personnummer medförsäkrad

NAMNUNDERSKRIFT		
Jag intygar att alla uppgifter i denna ansökan, samt kompletterande hälsodeklaration, är sanningsenliga.		
Underskrift av försäkringstagare		Underskrift av medförsäkrad
Datum	Ort	E-post

Var vänlig fyll i önskad omfattning och försäkringsbelopp på baksidan av detta papper. >>

VÄLJ FÖRSÄKRING OCH BELOPP Prisbasbeloppet (pbb) 2016: 44 300 kr	MÅNADS- PREMIE	GRUPP- MEDLEM	MED- FÖRSÄKRAD
<b>1. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING</b>			
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- och ekonomisk invaliditet		18-67 år	
20 pbb		36 kr	
30 pbb		48 kr	
40 pbb		60 kr	
<b>2. SJUKFÖRSÄKRING (LÖPANDE UTBETALNING)</b>			
36 MÅNADERS UTBETALNINGSGRÄNS - tecknas beroende på lönenivå.			
Månadslön	Belopp per månad	18-35 år	36-59 år 60-67 år
- 14 499 kr	500 kr	6 kr	10 kr 27 kr
14 500 – 26 999 kr	1 000 kr	11 kr	20 kr 54 kr
27 000 – 39 999 kr	1 500 kr	16 kr	30 kr 80 kr
40 000 – 49 999 kr	2 100 kr	22 kr	42 kr 114 kr
50 000 -	3 500 kr	36 kr	68 kr 188 kr
60 MÅNADERS UTBETALNINGSGRÄNS - tecknas beroende på lönenivå.			
Månadslön	Belopp per månad	18-35 år	36-59 år 60-65 år
- 14 499 kr	500 kr	7 kr	15 kr 27 kr
14 500 – 26 999 kr	1 000 kr	15 kr	31 kr 54 kr
27 000 – 39 999 kr	1 500 kr	22 kr	46 kr 80 kr
40 000 – 49 999 kr	2 100 kr	30 kr	64 kr 112 kr
50 000 -	3 500 kr	50 kr	107 kr 187 kr
<b>4. DIAGNOSFÖRSÄKRING</b>			
Ersättningsbelopp 30 dagar efter fastställd diagnos		18-35 år	36-59 år 60-67 år
1 pbb		8 kr	23 kr 42 kr
2 pbb		16 kr	44 kr 82 kr
3 pbb		24 kr	67 kr 123 kr
<b>5. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING</b>			
Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård		16-35 år	36-59 år 60-67 år
		171 kr	292 kr 529 kr
<b>6. LIVFÖRSÄKRING – INKLUSIVE BARNGRUPPLIV</b>			
Ersätter efterlevande vid dödsfall. Dessutom ingår även barngruppliv som ersätter vid barns dödsfall.			
		18-35 år	36-59 år 60-67 år
6 pbb		15 kr	36 kr 99 kr
10 pbb		24 kr	59 kr 164 kr
15 pbb		36 kr	90 kr 246 kr
20 pbb		48 kr	119 kr 327 kr
30 pbb		71 kr	178 kr 491 kr
40 pbb		95 kr	238 kr 655 kr
<b>7. FÖRTIDSKAPITAL</b>			
Ersättning utbetalas efter 36 månaders arbetsförmåga.			18-65 år
6 pbb			20 kr
10 pbb			34 kr
15 pbb			51 kr
20 pbb			67 kr
30 pbb			100 kr
40 pbb			134 kr
<b>8. BARNFÖRSÄKRING – SJUK OCH OLYCKSFALL FÖR SAMTLIGA BARN</b>			
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- och ekonomisk invaliditet. Gäller till utgången av det kalenderår barnet/barnet/barnen fyller 25 år.			
	Premie per månad		
20 pbb	80 kr		
30 pbb	105 kr		
40 pbb	136 kr		
50 pbb	165 kr		

# Hälsodeklaration Vuxen



Hälsodeklaration går även att fylla i på vår hemsida [www.forenadeliv.se](http://www.forenadeliv.se)

**Ska fyllas i personligen av den som ska försäkras**

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppavtalsnummer

**40063**

Medlems/anställds (gruppmedlems) namn	Personnummer
Medförsäkrad, make eller sambos efternamn, förnamn	Personnummer

**Är du fullt arbetsför?** Medlem  Ja  Nej **Medförsäkrad**  Ja  Nej

**Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför**

**Fullt arbetsför innebär** att den som ska försäkras:

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar

- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.

För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämföras fullt studieför med fullt arbetsför.

\* **anlitat vårdgivare** = t ex fått recept, sjukskrivits, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat, psykolog med anledning av besvär/symtom/ sjukdom/handikapp i någon/några av nedanstående kroppsdelar/organ och/eller någon/några av nedanstående sjukdomar.

Har du anlitat vårdgivare enligt ovan* under de senaste tre åren p g a	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. ögonsjukdom, öronsjukdom, tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. besvär/sjukdom i rygg, nacke, axlar, skuldror, armar, höfter, ben, knän, fötter och/eller händer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. propp/blödning i hjärnan och/eller annat blodkärl?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symtom och sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. andra besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 1–15?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Om du svarar ”Ja” på någon av frågorna 1-17 måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan av blanketten**

18. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Ange din längd och aktuella vikt	cm kg	cm kg

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv**

Datum	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av gruppmedlem		Underskrift av medförsäkrad	

# Hälsodeklaration Vuxen



Kompletterande uppgifter till fråga nr \_\_\_\_\_ i hälsodeklarationen.

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

Avser  Gruppmedlem  
 Medförsäkrad

Namn	Personnummer	Gruppavtal nr
Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		

Vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?
Beskriv besvären/symtomen med egna ord:
Hur ofta har du/har du haft besvär?
Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)?

När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet? år månad:		
Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret är "Ja", när hade du besvär? år: månad:		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.	Orsak/diagnos?	När anlätade du vårdgivaren senast? år månad

Har du varit sjukskriven för ovanstående besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.
Fr o m t o m Diagnos:
Fr o m t o m Diagnos:
Fr o m t o m Diagnos:
Använder du eller har du använt mediciner på grund av ovanstående? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja" ange vilka? När?

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är "Ja", av vilket slag?
Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja Sedan när? år: månad: <input type="checkbox"/> Nej Vilka kvarstående men/besvär har du?

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv.**

Datum	Underskrift
-------	-------------