

Ifylld ansökan skickas med post till :
Försäkring Direkt c/o FUAB, Box 38044, 100 64 Stockholm.

Du kan också skanna och skicka in med e-post till:
kundservice@forsakingdirekt.com

Gruppmedlems personuppgifter	
Förnamn & efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer & ort
E-post	Telefonnummer

Medförsäkrades personuppgifter	
Medförsäkrads förnamn & efternamn (make/maka/sambo)	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer
Medförsäkrat barns namn & efternamn	Personnummer

Välj försäkring & belopp. Pbb 2019 är 46 500 kr.

1. Olycksfallsförsäkring		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- & ekonomisk invaliditet		18 - 67 år				
20 pbb		36 kr				
30 pbb		48 kr				
40 pbb		60 kr				

2. Sjukförsäkring (löpande utbetalning) Kräver hälsodeklaration		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
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	5 kr	9 kr	27 kr		
14 500 - 26 999 kr	1 000 kr	11 kr	20 kr	53 kr		
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	16 kr	29 kr	80 kr		
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	21 kr	41 kr	113 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	53 kr		
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	21 kr	45 kr	80 kr		
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	29 kr	64 kr	112 kr		
50 000 -	3 500 kr	49 kr	107 kr	187 kr		

3. Diagnosförsäkring Kräver hälsodeklaration		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
Ersättningsbelopp 30 dagar efter fastställd diagnos		18 - 35 år	36 - 59 år	60 - 67 år		
1 pbb		8 kr	23 kr	41 kr		
2 pbb		16 kr	44 kr	81 kr		
3 pbb		24 kr	67 kr	123 kr		

4. Sjukvårdsförsäkring Kräver endast full arbetsförhet (punkt 1 i hälsodeklarationen)		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård, självrisk 600 kr.		16 - 35 år	36 - 59 år	60 - 67 år		
		209 kr	357 kr	648 kr		

5. Livförsäkring - inklusive barngruppliv Kräver hälsodeklaration	Månadspremie			Grupp- medlem	Med- försäkrad
	18 - 35 år	36 - 59 år	60 - 67 år		
Ersätter efterlevande vid dödsfall. Det ingår även barngruppliv som ersätter vid barns dödsfall.					
6 pbb	15 kr	36 kr	99 kr		
10 pbb	24 kr	59 kr	164 kr		
15 pbb	36 kr	89 kr	245 kr		
20 pbb	48 kr	119 kr	327 kr		
30 pbb	71 kr	177 kr	491 kr		
40 pbb	95 kr	237 kr	655 kr		

6. Förtidskapital Kräver hälsodeklaration	Månadspremie		Grupp- medlem	Med- försäkrad
	18 - 65 år			
Ersätter utbetalas efter 36 månaders arbetsförmåga.				
6 pbb	20 kr			
10 pbb	33 kr			
15 pbb	51 kr			
20 pbb	67 kr			
30 pbb	100 kr			
40 pbb	133 kr			

7. Barnförsäkring - sjuk & olycksfall, En premie oavsett antal barn	Månadspremie		Med- försäkrad
	Premie per månad		
Högsta erättningen vid medicinsk- o& ekonomisk invaliditet. Gäller till utgången av det kalenderår barnet/barnen fyller 25 år.			
20 pbb	80 kr		
30 pbb Kräver förenklad hälsodeklaration	105 kr		
40 pbb Kräver förenklad hälsodeklaration	136 kr		
50 pbb Kräver förenklad hälsodeklaration	165 kr		

8. Barn sjukvårdsförsäkring - premie per barn	Månadspremie		Med- försäkrad
	Premie per månad		
Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård, självrisk 500 kr.			
	196 kr		

Underskrift - jag intydr att alla uppgifter i denna ansökan, samt kompletterade hälsodeklaration är sanningsenliga.

Namnsteckning	Datum
Namnförtydligande	Ort

Hälsodeklaration

För att du ska bli beviljad försäkring skall du vara fullt arbetsför.

För att anses som fullt arbetsför ska man kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte få sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan på grund av arbetsförmåga, exempelvis sjuk- eller rehabiliteringspenning, sjukersättning samt aktivitetsersättning. Man anses inte heller som fullt arbetsför om man uppbär arbetsskadelivränta eller lönebidragsanställning på grund av hälsoskäl eller har någon av de uppräknade ersättningsformerna beviljad som vilande.

	Gruppmedlem		Medförsäkrad	
1. Uppfyller du kravet på full arbetsförhet enligt beskrivningen ovan? Vid "Nej". Orsak?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
2. Behandlas du, eller kontrolleras du, för sjukdom, skada eller handikapp? Använder du receptbelagd medicin?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven i mer än 1 månad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Har du under de senaste 3 åren vårdats, behandlats, undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Längd och vikt	cm <input type="text"/>	kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/>	kg <input type="text"/>

Kompletterande uppgifter

Om du svarat "Ja" på någon av ovanstående frågor lämna du kompletterande uppgifter nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska uppges. Samma sak gäller för sjukskrivningar som varat mer än 1 månad.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller de? Vilken var anledningen till undersökning?		
Under vilka tider var du sjuk?		
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?		
Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har du anlitat? Ange klinik, mottagning eller avdelning		
Vilken behandling har du genomgått? Operation, strålbehandling, medicinering etc.		
Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?		
Sedan när du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?		

Underskrift för ansökan

<input type="checkbox"/> Ja, jag är medveten om att de uppgifter jag har lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och försäkrar att de uppgifter jag har lämnat är riktiga. Jag bekräftar även att jag tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av mina personuppgifter, som finns på www.protectorforsakring.se personuppgifter	
Underskrift (gruppmedlem)	Underskrift (medförsäkrad)
Ort och datum	Ort och datum

Försäkringen träder i kraft efter den dag då gruppmedlemmen eller medförsäkrad ansökte om försäkringen, under förutsättning att ansökan blir godkänd efter riskbedömning. Försäkringspremien kommer att faktureras retroaktivt när ansökan blir godkänd.