

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@forsakringdirekt.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 2020 är 47 300 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		
		233 kr	399 kr	723 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.			
	219 kr		

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

Namnsteckning	Datum
Namnförtydligande	Ort

För att beviljas Sjukvårdsförsäkring och/eller Olycksfallsförsäkring skall du vara fullt arbetsför. <b>För dessa försäkringar behöver endast fråga 1 besvaras.</b>			
1. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas, samt inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.	Gruppmedlem		Medförsäkrad
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Ange din längd i cm och vikt i kg utan skor och kläder.	Cm	Kg	Cm Kg
3. Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
4. Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? (Syn- eller hörsselfel anges under H nedan.)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
5. Har Du under de senaste 5 åren: a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? b) varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
6. Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Om "Ja": Ange när och var samt resultat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Använder Du någon receptbelagd medicin? Om "Ja": Vilken/vilka? Dosering? Receptskrivande läkare Anledning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Har Du eller har haft handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning? Om "Ja": Vilken/Vilka? Fr.o.m. – t o m Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? Om "Ja": På vilket sätt? Sedan när? Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Har Du någon gång i annat livförsäkringsbolag ansökt om livförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? Om "Ja": Vilket försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Röker Du regelbundet? Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvaras av den som inte fyllt 20 år: Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? Om "Ja", vilken utbildning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\* Om Du svarat "nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 3, 4 eller 5, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A – I nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
A Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?		
B Under vilka tider var Du sjuk?		
C När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?		
D Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc)		
E Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc)		
F Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?		
G Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?		
H Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptriet. Är du tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.		
I Om du har varit sjukskriven och återgått till ditt ordinarie arbete, uppges från när		

**Underskrift och fullmakt**

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i gruppförsäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos Nordeuropa Försäkring, under förutsättning att försäkring kan beviljas på normala premier och villkor. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger att bolagets riskbedömningsunderlag får hanteras även av försäkringsbolagets återförsäkringsbolag och eventuella samarbetspartners. Jag är införstådd med att den information som inkommer i ärendet kan komma att arkiveras, oavsett om försäkring beviljas eller inte.

**Sjukvårdsförsäkring** – Jag som tecknar sjukvårdsförsäkringen för vuxen och/eller barn är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för kostnader i samband med sjukdom/åkomma som varit behandlad eller varit känd hos den försäkrade innan försäkringen tecknades. Försäkringen kan ersätta tidigare diagnoser/åkommor under förutsättning att den försäkrade varit helt behandlings- och symptomfri under en sammanhängande tid av två år närmast före det att ersättningsanspråk framställs p.g.a sjukdomen eller besväret.

**Barnförsäkring** – Jag som tecknar barnförsäkring är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för följder av sjukdomar, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning eller för följder av olycksfallsskada som inträffat innan Försäkringsbolagets ansvarighet inträtt.

Jag har tagit del av förköpsinformationen	Ort, datum	Underskrift av gruppmedlem	Underskrift av medförsäkrad
---	------------	----------------------------	-----------------------------