

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 2022 är 49 300 kr.

1. Olycksfallsförsäkring		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- & ekonomisk invaliditet		18 - 70 år				
20 pbb		39 kr				
30 pbb		51 kr				
40 pbb		64 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	6 kr	10 kr	29 kr		
14 500 - 26 999 kr	1 000 kr	12 kr	21 kr	57 kr		
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	17 kr	31 kr	86 kr		
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	23 kr	44 kr	121 kr		
50 000 -	3 500 kr	39 kr	73 kr	201 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	8 kr	16 kr	29 kr		
14 500 - 26 999 kr	1 000 kr	16 kr	33 kr	57 kr		
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	23 kr	49 kr	86 kr		
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	31 kr	69 kr	120 kr		
50 000 -	3 500 kr	53 kr	114 kr	200 kr		

3. Kritisk sjukdom Kräver hälsodeklaration		Månadspremie			Gruppmedlem	Medförsäkrad
Ersättningsbelopp 30 dagar efter fastställd diagnos		18 - 35 år	36 - 59 år	60 - 65 år		
1 pbb		9 kr	24 kr	44 kr		
2 pbb		17 kr	47 kr	87 kr		
3 pbb		26 kr	71 kr	131 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		
		306 kr	522 kr	948 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	16 kr	39 kr	106 kr		
10 pbb	26 kr	63 kr	176 kr		
15 pbb	39 kr	96 kr	263 kr		
20 pbb	51 kr	127 kr	350 kr		
30 pbb	76 kr	190 kr	526 kr		
40 pbb	101 kr	254 kr	701 kr		

6. Förtidskapital Kräver hälsodeklaration	Månadspremie		Grupp- medlem	Med- försäkrad
	18 - 62 år			
Ersätter utbetalas efter 36 månaders arbetsförmåga.				
6 pbb	21 kr			
10 pbb	36 kr			
15 pbb	54 kr			
20 pbb	71 kr			
30 pbb	107 kr			
40 pbb	143 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	86 kr		
30 pbb	113 kr		
40 pbb	146 kr		
50 pbb	177 kr		

8. Barn sjukvårdsförsäkring - premie per barn	Månadspremie		Med- försäkrad
	4 - 21 år		
Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård, självrisk 500 kr.			
	234 kr		

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

Namnsteckning	Datum
Namnförtydligande	Ort

HÄLSOFÖRKLARING – uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras.

För att beviljas Sjukvårdsförsäkring och/eller Olycksfallsförsäkring skall du vara fullt arbetsför. Besvara fråga 1 i denna hälsodeklaration.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
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 av 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 arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.	<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
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
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
7. Använder Du någon receptbelagd medicin? Om "Ja": Vilken/vilka? Dosering? Receptskrivande läkar Anledning?	<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
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
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
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
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

*) Om Du svarat "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 dioptritalet. Är Ni tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.		
I Vilken försäkringskassa tillhör Du?		

Underskrift och fullmakt

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i grupp-försäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos förmedlaren/försäkringsgivaren, 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 delges bolagets 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 vidhäftad "förköps-information"	Ort, datum	Underskrift av gruppmedlem	Underskrift av medförsäkrad
---	------------	----------------------------	-----------------------------