

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 2023 är 52 500 kr.

| 1. Olycksfallsförsäkring  |  | Månadspremie |  |  | Gruppmedlem | Medförsäkrad |
|---|--|--------------|--|--|-------------|--------------|
| Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- & ekonomisk invaliditet |  | 18 - 70 år   |  |  |             |              |
| 20 pbb  |  | 40 kr        |  |  |             |              |
| 30 pbb  |  | 54 kr        |  |  |             |              |
| 40 pbb  |  | 67 kr        |  |  |             |              |

| 2. Sjukförsäkring (löpande utbetalning)<br>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      | 30 kr      |             |              |
| 14 500 - 26 999 kr   | 1 000 kr         | 11 kr        | 23 kr      | 60 kr      |             |              |
| 27 000 - 39 999 kr   | 1 500 kr         | 19 kr        | 33 kr      | 90 kr      |             |              |
| 40 000 - 49 999 kr   | 2 100 kr         | 24 kr        | 47 kr      | 127 kr     |             |              |
| 50 000 -   | 3 500 kr         | 40 kr        | 77 kr      | 211 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       | 17 kr      | 30 kr      |  |  |
| 14 500 - 26 999 kr  | 1 000 kr         | 17 kr      | 34 kr      | 60 kr      |  |  |
| 27 000 - 39 999 kr  | 1 500 kr         | 24 kr      | 51 kr      | 90 kr      |  |  |
| 40 000 - 49 999 kr  | 2 100 kr         | 33 kr      | 71 kr      | 126 kr     |  |  |
| 50 000 -  | 3 500 kr         | 56 kr      | 120 kr     | 210 kr     |  |  |

| 3. Kritisk sjukdom<br>Kräver hälsodeklaration       |  | Månadspremie |            |            | Gruppmedlem | Medförsäkrad |
|---|--|--------------|------------|------------|-------------|--------------|
| Ersättningsbelopp 30 dagar efter fastställd diagnos |  | 18 - 35 år   | 36 - 59 år | 60 - 65 år |             |              |
| 1 pbb   |  | 9 kr         | 26 kr      | 47 kr      |             |              |
| 2 pbb   |  | 19 kr        | 50 kr      | 91 kr      |             |              |
| 3 pbb   |  | 27 kr        | 76 kr      | 139 kr     |             |              |

| 4. Sjukvårdsförsäkring<br>Kräver endast full arbetsförhet<br>(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 |             |              |
|   |  | 336 kr       | 576 kr     | 1043 kr    |             |              |

| 5. Livförsäkring - inklusive barngruppliv<br>Kräver hälsodeklaration                             | Månadspremie |            |            | Grupp-<br>medlem | Med-<br>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  | 17 kr        | 40 kr      | 111 kr     |                  |                   |
| 10 pbb   | 27 kr        | 66 kr      | 184 kr     |                  |                   |
| 15 pbb   | 40 kr        | 100 kr     | 276 kr     |                  |                   |
| 20 pbb   | 54 kr        | 133 kr     | 367 kr     |                  |                   |
| 30 pbb   | 80 kr        | 200 kr     | 551 kr     |                  |                   |
| 40 pbb   | 107 kr       | 267 kr     | 737 kr     |                  |                   |

| 6. Förtidskapital<br>Kräver hälsodeklaration        | Månadspremie |  | Grupp-<br>medlem | Med-<br>försäkrad |
|---|--------------|--|------------------|-------------------|
|   | 18 - 62 år   |  |                  |                   |
| Ersätter utbetalas efter 36 månaders arbetsförmåga. |              |  |                  |                   |
| 6 pbb   | 23 kr        |  |                  |                   |
| 10 pbb  | 37 kr        |  |                  |                   |
| 15 pbb  | 57 kr        |  |                  |                   |
| 20 pbb  | 76 kr        |  |                  |                   |
| 30 pbb  | 113 kr       |  |                  |                   |
| 40 pbb  | 150 kr       |  |                  |                   |

| 7. Barnförsäkring - sjuk & olycksfall,<br>En premie oavsett antal barn   | Månadspremie     |  | Med-<br>försäkrad |
|--|------------------|--|-------------------|
|  | Premie per månad |  |                   |
| Högsta erättningen vid medicinsk- o& ekonomisk invaliditet. Gäller till utgången av det kalenderår barnet/barnen fyller 25 år. |                  |  |                   |
| 20 pbb   | 90 kr            |  |                   |
| 30 pbb   | 119 kr           |  |                   |
| 40 pbb   | 153 kr           |  |                   |
| 50 pbb   | 186 kr           |  |                   |

| 8. Barn sjukvårdsförsäkring - premie per barn                       | Månadspremie |  | Med-<br>försäkrad |
|---|--------------|--|-------------------|
|   | 4 - 21 år    |  |                   |
| Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård, självrisk 500 kr. |              |  |                   |
|   | 257 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. <b>Är du fullt arbetsför?</b> 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:<br>a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?<br>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<br><br><input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej<br><br><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?<br>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?<br>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?<br>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?<br>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. <b>Besvaras av den som inte fyllt 20 år:</b> 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?<br>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?<br>Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc)   |             |              |
| E Vilken behandling har Du genomgått?<br>(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.

|   |            |                            |                             |
|---|------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Jag har tagit del av vidhäftad "förköps-information"</b> | Ort, datum | Underskrift av gruppmedlem | Underskrift av medförsäkrad |
|---|------------|----------------------------|-----------------------------|