

Gruppförsäkringsansökan 2023

Prisbasbelopp (pbb) 2023: 52 500 kr

Personnummer*, anställd (GM)	Namn*, anställd (GM)	Anställningsdatum*
Utdelningsadress*	Postnummer & ort*	Månadslön (vid ansökan om sjukförsäkring)
Personnummer, medförsäkrad (MF)	Namn, medförsäkrad (MF)	Avtalsnummer 8080

*obligatoriska uppgifter

Som nyanställd har du som är fullt arbetsför (se sida 2) och inte fyllt 60 år rätt till tre månaders kostnadsfritt försäkringsskydd; livförsäkring 10 pbb, sjukkapital 10 pbb, olycksfallsförsäkring 40 pbb och sjukförsäkring motsvarande din lönenivå. Högsta ålder för nyteckning och/eller höjning är ej fyllda 64 år. Observera att samtalsstöd ingår oavsett vilken försäkring du väljer att teckna. Läs mer i förköpsinformationen. Glöm ej att ange anställningsdatum!

 Jag är fullt arbetsför, har fått löneförhöjning per 2023-....-.... och vill höja min sjukförsäkring till motsvarande nivå.

Livförsäkring						
Ersättning utbetalas till efterlevande vid dödsfall, utan reduktion av försäkringsbeloppet.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-67 år	GM	MF
Hälsodeklaration krävs.	6 pbb	315 000 kr	17 kr	27 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slutålder 67 år.	10 pbb	525 000 kr	28 kr	45 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	787 500 kr	41 kr	67 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	1 050 000 kr	55 kr	89 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 575 000 kr	83 kr	135 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 625 000 kr	138 kr	225 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukkapitalförsäkring						
Försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet avtrappas med fem procentenheter per år från 46 års ålder, men aldrig lägre än 25 procent. Innehåller diagnosförsäkring 1 pbb.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-67 år	GM	MF
Hälsodeklaration krävs.	6 pbb	315 000 kr	12 kr	15 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slutålder 67 år.	10 pbb	525 000 kr	18 kr	23 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	787 500 kr	25 kr	31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	1 050 000 kr	33 kr	41 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 575 000 kr	50 kr	62 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 625 000 kr	80 kr	100 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukförsäkring						
Ersättning utbetalas vid sjukskrivning efter 90 dagars karens vid minst 25 procents sjukskrivning. Utbetalning sker så länge arbetsoförmågan pågår, dock längst till 65 års ålder.	Ersättning	Månadslön	Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-65 år	GM	MF
Hälsodeklaration krävs, se undantag på sida 2.	700 kr	- 14 499 kr	10 kr	16 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slutålder 65 år.	1 400 kr	- 26 999 kr	22 kr	31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 100 kr	- 39 999 kr	32 kr	47 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 800 kr	- 49 999 kr	43 kr	63 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 500 kr	- 59 999 kr	54 kr	79 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 200 kr	60 000 kr -	64 kr	93 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olycksfallsförsäkring, heltid – gäller dygnet runt						
Ersätter kostnader och ekonomisk/medicinsk invaliditet på grund av olycksfall. Privatvård ingår. Ingen hälsodeklaration krävs.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			16-67 år		GM	MF
Slutålder 67 år.	20 pbb	1 050 000 kr	28 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 575 000 kr	41 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	2 100 000 kr	53 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 625 000 kr	65 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring						
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premien oavsett antal barn. Ingen hälsodeklaration krävs. Försäkringen gäller till och med 25 år.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler: Mitt/mina barn	
	30 pbb	1 575 000 kr	116 kr		<input type="checkbox"/>	
	40 pbb	2 100 000 kr	148 kr		<input type="checkbox"/>	
	50 pbb	2 625 000 kr	179 kr		<input type="checkbox"/>	

Glöm inte att fylla i den bifogade hälsodeklarationen. Den skickas tillsammans med ansökan till:

Mercer, Gruppförsäkring, Box 3047, 400 10 GÖTEBORG

Försäkringsgivare är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), 516401-6692 och Länsförsäkringar AB (publ), 502010-9681.

Hälsodeklaration, grupp försäkring

Namn, gruppmedlem	Personnummer, gruppmedlem
Namn, medförsäkrad	Personnummer, medförsäkrad

Du behöver endast svara på fråga 1 i hälsodeklarationen om du söker försäkring som är markerade med fetstil, under dina tre första anställningsmånader. Om du fyllt 60 år eller söker högre försäkringsbelopp för livförsäkring eller sjukkapital ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen. Om du fått ändrad lön behöver du enbart besvara fråga 1 i hälsodeklarationen om du ansöker om högre sjukförsäkringsbelopp inom tre månader från löneändringen. Om du bara ansöker om olycksfalls- och/eller barnförsäkring krävs ingen hälsodeklaration, endast underskrift. Söker du livförsäkring, sjukkapital eller sjukförsäkring efter tre månaders anställning ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen. Medförsäkrad behöver alltid besvara alla frågor förutom vid ansökan om olycksfallsförsäkring.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. Är du fullt arbetsför och kan fullgöra ditt vanliga arbete? Fullt arbetsför är den som: -kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall -inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du under de tre senaste åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om ja, ange orsak, sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du, har du under de tre senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om ja, ange vilket läkemedel, orsak till medicinering samt period du medicinerat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du de tre senaste åren undersökts, kontrollerats eller behandlats (gäller även läkemedel) av läkare pga sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar ja behöver du besvara frågorna nedan, 4 a-d.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4 a) Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/bsvären och vilket datum du först blev sjuk/fick besvär.		
4 b) När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c) Vilken läkare var du hos? Ange namn och mottagningsadress eller sjukhus /sjukvårdsinrättning/klinik/ avdelning.		
4 d) Är du symtomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad) Om "Nej", beskriv kvarvarande symtom/bsvär.	<input type="checkbox"/> Ja från år _____ mån _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja från år _____ mån _____ <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift – Samtycke för hälsouppgifter

Jag samtycker till att Länsförsäkringar* behandlar de uppgifter om min hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall Länsförsäkringar, Personrisk/Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Länsförsäkringar, Personrisk/Hälsa Kundservice, 106 50 Stockholm eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Ett återkallande av samtycket påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att behandla hälsouppgifter så länge samtycke funnits. Behandling av hälsouppgifter är nödvändig för att vi ska kunna handlägga din ansökan och om du inte lämnar samtycke eller återkallar samtycket accepterar du att Länsförsäkringar inte kommer att kunna handlägga din ansökan.

*Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.

Namnteckning gruppmedlem	Namnteckning medförsäkrad
--------------------------	---------------------------

Underskrift – Ansökan

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om grupp försäkring. De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan återropas av mig. Ansökan ska skickas in till Mercer inom 14 dagar från underskriftdatum.

Datum	E-postadress
Namnteckning gruppmedlem	Namnteckning medförsäkrad

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/halsa.

Du kan också få dem genom att kontakta försäkringsförmedlare Mercer, telefon 08-505 309 50 eller e-post gruppservice@mercer.com.