

Nyteckning Ändring

Vid ändring/tillägg, ange försäkringsnr:

Försäkrad (sökande)

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer	Postadress
Tel bost (inkl riktnr)	Tel arb (inkl riktnr)		E-post
Om du <u>inte</u> är ägare eller anställd på företaget ovan, ange namn samt personnummer på make / maka / sambo / reg. partner som är ägare/anställd i företaget.		Ev. namn samt personnummer på make / maka / sambo / reg. partner som är ägare/anställd i företaget	

Kryssa i försäkringens omfattning och välj ersättningsnivå.

För att teckna barnförsäkring måste Liv- och Olycksfall- eller Sjukförsäkring tecknas

Ersättningsbelopp och premier

Livförsäkring	Månadspremie			
	16-35 år	36-47 år	48-67 år	
Utbetalas vid den försäkrades dödsfall.	<input type="checkbox"/> 5 pbb (224 000 kr)	20 kr	47 kr	77 kr
Premien bestäms för varje år baserat på den försäkrades ålder. Ingen reduktion av försäkringsbeloppet.	<input type="checkbox"/> 10 pbb (448 000 kr)	41 kr	94 kr	153 kr
	<input type="checkbox"/> 20 pbb (896 000 kr)	80 kr	188 kr	306 kr
Förmånstagare. Vid dödsfall utbetalas försäkringsbeloppet i första hand ut till make/maka/sambo, i andra hand till den försäkrades arvingar.	<input type="checkbox"/> 25 pbb (1 120 000 kr)	101 kr	235 kr	383 kr
	<input type="checkbox"/> 30 pbb (1 344 000 kr)	121 kr	282 kr	459 kr
<input type="checkbox"/> Skicka ansökan om ändring av förmånstagare	<input type="checkbox"/> 40 pbb (1 792 000 kr)	161 kr	376 kr	612 kr
	<input type="checkbox"/> 50 pbb (2 240 000 kr)	201 kr	470 kr	765 kr

Olycksfallsförsäkring	Månadspremie
	16-67 år
Försäkringen ersätter både medicinsk och ekonomisk invaliditet. Ingen reduktion av invaliditetsbeloppet.	<input type="checkbox"/> 20 pbb (896 000 kr) 30 kr
	<input type="checkbox"/> 30 pbb (1 344 000 kr) 43 kr
	<input type="checkbox"/> 40 pbb (1 792 000 kr) 51 kr
	<input type="checkbox"/> 50 pbb (2 240 000 kr) 60 kr

Barnförsäkring	Månadspremie
Utbetalas vid den försäkrades barns fullständiga invaliditet.	<input type="checkbox"/> 30 pbb 1 344 000 kr 70 kr
Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25 år	<input type="checkbox"/> 50 pbb 2 240 000 kr 115 kr

Sjukförsäkring				Månadspremie			
Månadslön kr	Månatlig sjukersättning	Sjukkapital belopp		16-39 år	40-55 år	56-60 år	61-67 år
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån -14 499	1 000 kr	6 pbb	(268 800 kr)	40 kr	80 kr	114 kr	129 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 14 500 -26 999	1 500 kr	10 pbb	(448 000 kr)	55 kr	120 kr	175 kr	197 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 27 000 -39 999	2 100 kr	15 pbb	(672 000 kr)	77 kr	170 kr	250 kr	281 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 40 000- 49 999	2 500 kr	20 pbb	(896 000 kr)	94 kr	214 kr	316 kr	351 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 50 000-	3 500 kr	30 pbb	(1 344 000 kr)	132 kr	309 kr	457 kr	504 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 50 000-	3 500 kr	40 pbb	(1 792 000 kr)	157 kr	374 kr	550 kr	591 kr
<input type="checkbox"/> Lön kr/mån 50 000-	3 500 kr	50 pbb	(2 244 000 kr)	181 kr	439 kr	643 kr	679 kr

Försäkringen är uppdelad i fyra olika moment som kompletterar varandra under sjukperioden. Ekonomisk första hjälp, månatlig ersättning vid sjukskrivning, ekonomisk invaliditet samt medicinsk invaliditet

Prisbasbeloppet 2017 är 44 800 kr. Försäkringspremien är inte avdragsgill, och utfallande belopp är fritt från inkomstskatt. Skattekategori K

SH Pensions noteringar

Företagsnummer	Försäkringsnummer	Risk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Försäkringsrådgivare
----------------	-------------------	--	----------------------

Hälsodeklaration

Samtliga frågor på hälsodeklarationen måste besvaras om du söker Livförsäkring eller Sjukförsäkring. Du behöver endast besvara fråga 1 om du söker Olycksfallsförsäkring eller Barnförsäkring.

1. Är du fullt arbetsför* och kan utföra ditt vanliga arbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
2. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 1 månad i följd? Svarar du "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
3. Använder du eller har du under de 3 senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Svarar du "Ja" ange namnet på läkemedlet.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
4. Har du under de senaste 3 åren undersökts kontrollerats eller behandlats av läkare pga sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar "Ja" svara på frågorna nedan.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

* 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 och/eller inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande, och inte varit sjukskriven mer än 15 dagar i följd de senaste 3 månaderna.

Har du svarat JA på någon av frågorna 2-4 måste du lämna kompletterande uppgifter. Uppgifter kan lämnas på separat papper.

Vad heter sjukdomen/besvären, beskriv sjukdomen/ besvären samt ange datum när de debuterade? _____

När behandlades/undersöktes du(år och månad)?
Vilken läkare har du anlitat? Skriv läkarens namn och fullständiga mottagningsadress eller sjukhus, sjukvårdsinrättning, klinik, avdelning, mottagning etc

Namn på receptbelagt läkemedel _____

Vilken läkare eller vårdgivare har du anlitat, ange sjukhus, klinik, mottagning etc _____

Är du symptomfri? Om "Ja" ange från när (år och månad). Om "Nej", vilket kvarvarande besvär/symptom har du? _____

Sökta försäkringsmoment gäller fr o m att SH Pension mottagit anmälan under förutsättning att kraven på hälsa i försäkrings-villkoren uppfylls.

Betalningsätt

Bankgiro - Medgivande om uttag Jag medger att uttag får göras från angivet bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för överföring till denne via bankernas automatiska betalningstjänst, Autogiro. Banken är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela mig i förväg om begärda uttag. Meddelande om gjorda uttag får jag på kontoutdrag från banken. Medgivandet kan på min begäran överflyttas till annat konto i banken eller till konto i annan bank. Jag ska senast bankdagen före förfallodagen ha tillräckligt med pengar på kontot för min betalning. Jag accepterar att banken ska godkänna att mitt konto får användas för Autogiro samt att banken och betalningsmottagaren har rätt att i vissa fall avbryta min anslutning till Autogiro. Bankgirocentralen, BGC AB, har i uppdrag att sköta Autogiro-rutinen för bankens räkning. Jag medger därför att uppgifter ur bankens register om kontots nummer och adress får sambearbetas med Bankgirocentralens uppgifter till ett register. Mitt medgivande gäller tills vidare. Medgivandet upphör fem (5) bankdagar efter det att jag skriftligen återkallat det hos betalningsmottagaren eller banken. Jag medger att uttaget får belastas mitt konto i banken enligt bankens regler. Uttag från mitt konto får ske på förfallodagen eller inom en vecka efter.		
Betalningssätt via autogiro Jag har tagit del av bestämmelserna för betalning via autogiro enligt villkoren ovan och bekräftar detta genom namn/firmateckning.		
Clearingnummer	Bankkontonummer	Bankens namn
Ort & datum	Betalarens underskrift	
Betalningssätt om ej autogiro Betalning önskas via inbetalningskort per <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Helår		

Försäkringens omfattning framgår av förköpsinformationen som överlämnas av rådgivare, hämtas på vår hemsida eller beställs per telefon.

Information

De personuppgifter som SH Pension/Länsförsäkringar hämtar in om dig behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna behandlas för att vi ska kunna administrera försäkringen, ge en helhetsbild av ditt engagemang inom länsförsäkringsgruppen, teckna och fullgöra avtal, framställa rättsliga anspråk och ge en god service. De kan också användas för marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser och för de andra ändamål som framgår av försäkringsvillkoren. Telefonsamtal med dig kan spelas in för att dokumentera de uppgifter du lämnar. I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen/SH Pension, men vi kan lämna ut dem till andra företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med, inom och utom EU och EES-området, samt till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag. Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Hör av dig om något är felaktigt så rättar vi det. Vill du inte att vi använder dina personuppgifter för direktmarknadsföring kan du anmäla det till oss. Fullständig information om vår behandling av dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren som du kan hitta på vår webbplats www.shpension.se Du kan även beställa dem från oss. Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)/Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) 106 50 Stockholm samt Svensk Handel Fondförsäkring AB 103 29 Stockholm är personuppgiftsansvariga.

Försäkringsgivare är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ) orgnr. 516401-6692 för Livförsäkring och Länsförsäkringar Sak försäkrings AB (publ) orgnr. 502010-9681 för sjuk- olycksfall- och barnförsäkring. Styrelsernas säte: Stockholm

Underskrift

Jag har tagit del av förköpsinformationen om Flex Gruppörsäkring. De uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna ska skickas in till SH Pension inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Ort och datum	Underskrift försäkrad (sökande)
---------------	---------------------------------

Ansökan skickas till: **SH Pension, 103 29 Stockholm, Tfn: 010-471 87 70, Mejl: kontakt@shpension.se, Hemsida: www.shpension.se**