



Ansökan till Gruppförsäkring 2017 för medlem

Avtal 1750

Personnummer medlem (GM)	Namn medlem	Medlem fr. o m (år, månad, dag)
Personnummer make/sambo (MF)	Namn make/sambo	Medlemsnr
Utdelningsadress	Postnummer och postort	Prisbasbelopp (Pbb) för 2017 är 44 800 kr.

Ny medlem har tre månaders kostnadsfri försäkring från och sin första medlemsdag, oavsett nivå på försäkringen. För att ansöka om nivåer markerade med fetstil behöver du endast fylla i fråga 1 i hälsodeklarationen under de första tre månaderna räknat från din anställningsdag. Vill du ansöka om högre nivåer på liv- och sjukförsäkring ska hela hälsodeklarationen fyllas i, medförsäkrad ska alltid fylla i hälsodeklaration. Detsamma gäller om mer än tre månader gått sedan din anställningsdag eller om du har fyllt 60 år. Vill du utöka ditt försäkringsskydd - Markera med kryss de försäkringar du vill ha och glöm inte fylla i hälsodeklarationen.

	Försäkringsbelopp	Prisbasbelopp	Månadspremie / person		Jag anmäler:	
			- 39 år	40 - 67 år	GM	MF
Livförsäkring	268 800 kr	6	14 kr	52 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	448 000 kr	10	25 kr	86 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	672 000 kr	15	37 kr	128 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	896 000 kr	20	50 kr	171 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 120 000 kr	25	63 kr	214 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 344 000 kr	30	76 kr	257 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 792 000 kr	40	100 kr	342 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 240 000 kr	50	125 kr	427 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukkapital	268 800 kr	6	25 kr	32 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	448 000 kr	10	41 kr	51 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	672 000 kr	15	61 kr	77 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	896 000 kr	20	81 kr	102 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 344 000 kr	30	122 kr	152 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 792 000 kr	40	162 kr	203 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 240 000 kr	50	202 kr	252 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukförsäkring	Månadslön minst	Ersättning/månad	- 67 år			
	8 500 kr	1 000 kr	33 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 500 kr	1 500 kr	50 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27 000 kr	2 100 kr	69 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 000 kr	2 500 kr	83 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 000 kr	3 500 kr	116 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Olycksfallsförsäkring	896 000 kr	20	37 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 344 000 kr	30	53 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 792 000 kr	40	64 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 240 000 kr	50	75 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnförsäkring	1 344 000 kr	30	92 kr		<input type="checkbox"/>	
	2 240 000 kr	50	141 kr		<input type="checkbox"/>	

Tre månaders karenstid. Utbetalning i max 3 år, dock längst till 67 års ålder. Försäkringen lämnar ersättning vid lägst 25 procent arbetsoförmåga.

Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25. Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premie oavsett antal barn.

Ansökan sänds till: Max Matthiessen AB, Grupp Liv, Box 5908, 114 89 Stockholm.
Telefon 08-613 28 55 eller grupp@maxm.se



Fullständiga villkor för gruppförsäkringen finns på www.lansforsakringar.se/halsa

Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) 106 50 Stockholm
Länsförsäkringar GruppLivförsäkringsaktiebolag (publ) 106 50 Stockholm

Hälsodeklaration – Gruppförsäkring

	Personnummer anställd (GM)	Personnummer make/sambo (MF)
1. Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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 – inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande – inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.		
Svara på frågorna nedan	<i>När det gått tre månader eller mer sedan du anställdes eller när du söker</i> - livförsäkring högre nivå än 10 prisbasbelopp - sjukkapital högre nivå än 10 prisbasbelopp - sjukförsäkring eller - har fyllt 60 år	<i>När du söker:</i> - livförsäkring - sjukkapital - sjukförsäkring
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om du svarar "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du eller har du under de tre senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om du svarar "Ja" ange vilket läkemedel samt orsaken till medicinering.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de tre senaste åren behandlats, kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar "Ja", ber vi dig svara på frågorna 4a–4d nedan	<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/besvären 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 du svarar "Ja", ange från när (år och månad). Om du svarar "Nej", ber vi dig beskriva kvarvarande besvär/symtom.	<input type="checkbox"/> Ja År: Månad: <input type="checkbox"/> Nej Beskriv kvarvarande besvär	<input type="checkbox"/> Ja År: Månad: <input type="checkbox"/> Nej Beskriv kvarvarande besvär

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring. 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 åberopas av mig. Ansökan ska skickas in till Max Matthiessen AB inom 14 dagar från underskriftsdatum.		
Datum	E-postadress	Telefon dagtid
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Dina personuppgifter

<p>De personuppgifter som Max Matthiessen AB och 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 hos Max Matthiessen AB och 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 hos Max Matthiessen AB och inom länsförsäkringsgruppen, 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 lansforsakringar.se/ug. Du kan även beställa dem från oss. Max Matthiessen AB och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)/Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag 106 50 Stockholm är personuppgiftsansvariga.</p>
--