

1 pbb (2023) = 52 500kr

- ☒ Gruppmedlem (Medlem)
- ☒ Medförsäkrad (Make/maka/sambo)



Premie anges i kr/mån

ANSÖKAN FRIVILLIG GRUPPFÖRSÄKRING

Ansökan avser: ☐ Ny försäkring ☐ Ändring ☐ Komplettering ☐ Avslut (se ruta nedan)

Rekommenderat försäkringskydd (Premie/mån baserat på ålder och lönenivå. Beloppsnivåer återfinns under respektive försäkring).

Profilbeteckning Familjesituation -39 år 40-54 år 55-67 år Anslutning önskas

För- och efterköpsinformation samt allmän information om de olika försäkringsprodukterna finner du på <https://groupcompany.soderbergpartners.se>. Användarnamn är SVFgrupp och lösenord är Sv2814. Du kan även kontakta din gruppföreträdare alternativt Söderberg & Partners på 060-740 24 40 eller grupp@soderbergpartners.se.

Ansökan skickas till S&P Administration AB/Grupp Box 31, 851 02 Sundsvall

LIVFÖRSÄKRING				153378	SJUK- OCH OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING				400399
Ersättningsnivå				16-39 år 40-54 år 55-67 år	Ersättningsnivå				16-39 år 40-54 år 55-67 år
6 pbb = 315 000 kr	14 kr	24 kr	44 kr	☐	20 pbb = 1 050 000 kr	55 kr	98 kr	123 kr	☐
10 pbb = 525 000 kr	24 kr	41 kr	73 kr	☐	30 pbb = 1 575 000 kr	83 kr	147 kr	184 kr	☐
15 pbb = 787 500 kr	36 kr	60 kr	109 kr	☐	40 pbb = 2 100 000 kr	110 kr	196 kr	245 kr	☐
20 pbb = 1 050 000 kr	49 kr	80 kr	145 kr	☐	50 pbb = 2 625 000 kr	138 kr	245 kr	307 kr	☐
25 pbb = 1 312 500 kr	60 kr	101 kr	181 kr	☐	INKOMSTFÖRSTÄRKNING VID SJUKSKRIVNING				400399
30 pbb = 1 575 000 kr	73 kr	121 kr	218 kr	☐	Månadslön kr Skattefri ersättn/mån				16-39 år 40-54 år 55-67 år
40 pbb = 2 100 000 kr	96 kr	161 kr	290 kr	☐	15 000-19 999 kr	1 000 kr	37 kr	63 kr	79 kr ☐
50 pbb = 2 625 000 kr	121 kr	202 kr	363 kr	☐	20 000-24 999 kr	1 500 kr	56 kr	96 kr	118 kr ☐
60 pbb = 3 150 000 kr	145 kr	241 kr	435 kr	☐	25 000-31 999 kr	2 000 kr	75 kr	128 kr	159 kr ☐

ENGÅNGSBELOPP VID LÅNGVARIG SJUKDOM				494609-182
Ersättningsnivå				16-39 år 40-54 år 55-65 år
6 pbb = 315 000 kr	11 kr	20 kr	17 kr	☐
10 pbb = 525 000 kr	19 kr	33 kr	28 kr	☐
15 pbb = 787 500 kr	27 kr	50 kr	42 kr	☐
20 pbb = 1 050 000 kr	36 kr	66 kr	56 kr	☐
30 pbb = 1 575 000 kr	56 kr	97 kr	83 kr	☐
40 pbb = 2 100 000 kr	73 kr	130 kr	110 kr	☐
50 pbb = 2 625 000 kr	91 kr	163 kr	138 kr	☐

BARN- OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING				400399
Ersättning				16-67 år
30 pbb = 1 575 000 kr	116 kr		☐	
40 pbb = 2 100 000 kr	154 kr		☐	
50 pbb = 2 625 000 kr	194 kr		☐	

Gäller samtliga barn. Kan tecknas för barn under 20 år.

SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING				14135
Sjukvård med 750 kr självrisk med				16-39 år 40-54 år 55-67 år
karens	299 kr	356 kr	548 kr	☐

Självrisk 0 kr vid distansvård och 750 kr vid fysiskt besök hos vårdgivare

Försäkringsgivare till avtal 14135 är Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), till avtal 400399 är Euro Accident Livförsäkring AB, till avtal 153378 är Movestic Livförsäkring AB, till avtal 494609-182 är Folksam ömsesidig sakförsäkring.

TELEFON (arbete)		MOBILTELEFON	
MEDLEMS NAMN (gruppmedlem)		MEDLEMS PERSONNUMMER	
LÖN (månad)			
GATUADRESS	POSTNUMMER	POSTORT	E-POSTADRESS
MEDFÖRSÄKRADS NAMN		MEDFÖRSÄKRADS PERSONNUMMER	
BARNES NAMN		BARNES PERSONNUMMER	
Om avslut av försäkring, ange vilken/vilka försäkringar det avser:			

HÄLSODEKLARATION					
Som <u>gruppledmedlem</u> behöver du endast besvara fråga 1 och 2 om: <u>Du är nyanställd och inom 3 månader inte ansöker om kompletterande skydd utöver lägsta nivån för sjuk- och olycksfallsförsäkring, inkomstförstärkning vid sjukskrivning samt maximalt 10 pbb för engångsbelopp vid långvarig sjukdom och livförsäkring.</u> Som <u>gruppledmedlem</u> behöver du besvara samtliga frågor om: <u>Du ansöker om försäkring efter 3 månader från anställningsdagen. Du ansöker om högre belopp än lägsta nivån, Du har fyllt 60 år vid tillfället för ansökan, Du har varit arbetsoförmögen i mer än 30 dagar i följd av de senaste 12 månaderna före ansökan om anslutning till gruppförsäkringen.</u> För barn- och ungdomsförsäkring , inkomstförstärkning vid arbetslöshet samt sjukvårdsförsäkring räcker det alltid med att svara på frågorna 1 och 2.					
Om du som <u>medförsäkrad</u> make/maka eller sambo, söker annan försäkring än sjukvårdsförsäkring, måste du alltid besvara alla frågorna.					
OBS! Försäkringen innehåller villkor och begränsningar för ersättningarna. Det är viktigt att du läser informationsbladet om försäkringarna innan du ansöker och att du granskar alla villkor och begränsningar som kan ha betydelse för dig. Viktigt! Om du svarar ja på någon av frågorna 3-8 så måste du fylla i kompletterande uppgifter. Oriktigt eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig! Om du inte får plats med dina svar så utveckla dem på bilaga som du bilägger ansökan, ange personnummer på samt skriv under även bilagan.					
Hälsofrågor		Gruppledmedlem		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. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning, vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
2. Är du inskriven i svensk allmän försäkringskassa? <i>Är du folkbokförd i Sverige är du automatiskt inskriven i svensk allmän försäkringskassa.</i>		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
3. Har du någon sjukdom, skada, annat kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp eller uppbär du handikappersättning?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange vad.					
4. Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven helt eller delvis mer än 30 dagar i följd?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange period och diagnos så noggrant som möjligt.					
5. Har du under de senaste tre åren vårdats , behandlats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal p.g.a. sjukdom, symtom, skada eller handikapp?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange vad.					
6. Använder du någon receptbelagd medicin?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange namnet på denna/dessa samt dosering, anledning och receptskrivande läkare.					
7. Har du tidigare behandlats eller undersökts för hjärt-/kärlsjukdom, tumör- rygg -njur eller neurologisk sjukdom, knä- eller ledbesvär, alkohol-/läkemedels-/narkotikaberoende eller psykiska besvär?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange vad.					
8. Har du testats för HIV-virus (AIDS)?		☐ Ja ☐ Nej		☐ Ja ☐ Nej	
Om "Ja", ange när, var och provresultat					
9. Ange din längd och vikt		Längd cm	Vikt kg	Längd cm	Vikt kg
UNDERSKRIFT					
Din personliga integritet är viktig för oss och våra samarbetspartners. För att du ska vara trygg med att vi värnar din integritet har vi sammanställt information om hur vi och försäkringsbolagen behandlar dina personuppgifter. Läs mer på våra hemsidor, www.soderbergpartners.se/personuppgifter, www.accept.se/integritet, www.movestic.se/personuppgiftshantering, www.folksam.se/personuppgifter, www.if.se/om-webbplatsen/hantering-av-personuppgifter, www.euroaccident.se/Om-oss/GDPB, www.lansforsakringar.se/personuppgifter. <u>Med min underskrift intygar jag</u> att jag har tagit del av förköpsinformationen gällande sökta försäkringar. Finns att tillgå i informationsfoldern om försäkringarna tillsammans med information om Söderberg & Partners ersättning. <u>Med min underskrift nedan intygar jag</u> att samtliga uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Uppgifterna skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig så kan ersättningen komma att reduceras eller helt utebli och försäkringen kan förklaras ogiltig eller sägas upp till upphörande eller ändring.					
UNDERSKRIFT AV ANSTÄLLD GRUPPLEDMELEM			UNDERSKRIFT AV SÖKANDE MEDFÖRSÄKRAD		
Observera att namnteckning inte får vara äldre än en månad vid ansökans ankomst till Söderberg & Partners					
ORT	DATUM (ÅÅÅÅ-MM-DD)	NAMNTECKNING	ORT	DATUM (ÅÅÅÅ-MM-DD)	NAMNTECKNING

MEDGIVANDE TILL BETALNING GENOM BANKKONTO ELLER PERSONKONTO

Betalare/Försäkrad

NAMN	
ADRESS	
POSTNR	POSTORT
PERSONNUMMER	

BANKENS NAMN

Betalningsmottagare

Söderberg & Partners	
BANKGIRONR	243-8695

CLEARINGNUMMER*

KONTONUMMER

Om försäkringarna skall betalas via annan persons konto eller ett gemensamt konto som du själv inte är huvudkontohavare till, var god ange kontohavarens namn och personnummer nedan.

ANNAN BETALARE (namn)

PERSONNUMMER/ORGANISATIONSNUMMER

*) Clearingnummer är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkonto, se ditt kontoutdrag. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9XXXXX. Utelämnas då femte siffran, i detta fall 9. Handelsbankens clearingnummer ska alltid börja med 6 (hittar du inte det ange 6000). Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

Regler för överföring via autogiro

Medgivande till betalning via Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro. Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagarens samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

Beskrivning

Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av

vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00:01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren här om. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.

Betalarens underskrift

Jag har tagit del av ovanstående regler för denna betalningsform

DATUM	ORT	TELEFON (arbete)	TELEFON (bostad)
NAMNTECKNING (försäkringstagare)		NAMNTECKNING (annan betalare**)	

**) Om kontohavare för bankkontot är en annan än den försäkrade, måste denne godkänna att premien dras från bankkontot. Därför krävs underskrift.

MEDGIVANDEBLANKETTEN SÄNDS TILL

Söderberg & Partners Grupp-försäkring

Box 31, 851 02 Sundsvall

Ifylls endast av handläggare



Reg



Godkänd