

**Ansökan om gruppförsäkring 2021**  
**Avtal 30100 – Travtränarnas Riksförbund**

Personnummer Medlem (GM)	Medlem för- och efternamn	Utdelningsadress
Personnummer make/sambo (MF)	Make/sambo för- och efternamn	Postnummer och postort
<b>Ifylls av TR:</b> Medlem fr o m (år, månad, dag)		* <i>Prisbasbelopp (Pbb) 47 600</i>

Försäkringsmoment	Prisbasbelopp*	Försäkringsbelopp	Årspremie/ försäkrad	Jag anmäler GM	MF
<b>Livförsäkring</b>	8	380 800 kr	1 176 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sjukkapitalförsäkring</b>	8	380 800 kr	300 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnosförsäkring</b>	1	47 600 kr	300 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Olycksfallsförsäkring</b>					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 428 000 kr	696 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dödsfallsersättning	1	47 600 kr			
<i>Reduktion enligt villkor.</i>					
<b>Barnförsäkring</b> Sjuk och Olycksfall					
Invaliditetsersättning upp till	30	1 428 000 kr	1 272 kr	<input type="checkbox"/>	
Dödsfallsersättning	1	47 600 kr			
<i>Försäkringen gäller t o m utgången av det år barnet fyller 25. Premie oavsett antal barn. Barnförsäkring kan endast tecknas i kombination med annan försäkring.</i>					
<b>Sjukvårdsförsäkring</b>					
		Gruppmedlem	2 640 kr	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Medförsäkrad make/sambo	3 672 kr		<input type="checkbox"/>
<i>Du får inte ersättning för befintliga sjukdomar eller besvär som du har när du köper försäkringen. När du har varit behandlingsfri i 24 månader tillämpas inte begränsningen längre.</i>					
<b>Sjukvårdsförsäkring Barn</b>					
		2-15 år	2 736 kr	<input type="checkbox"/>	
		16-24 år	3 408 kr	<input type="checkbox"/>	

Barnets uppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer

**Kontakt**

Staffan Osterling  
 Telefon 070-334 73 02  
[staffan.osterling@telia.com](mailto:staffan.osterling@telia.com)

Ingvar Mällberg - Söderberg & Partners  
 Telefon 0761-495 082  
[ingvar.mallberg@soderbergpartners.se](mailto:ingvar.mallberg@soderbergpartners.se)

**Ansökan skickas till**

Länsförsäkringar Mäklarservice  
 B62AAH  
 FE 1643  
 838 83 Frösön

## Hälsodeklaration - Gruppförsäkring

	Personnummer anställd/medlem 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
<b>Fullt arbetsför är den som</b> - 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.		
<b>Svara på frågorna nedan</b>	<b>När det gått tre månader eller mer sedan du blev medlem eller om du fyllt 60 år och söker:</b> - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring	<b>När du som medförsäkrad söker:</b> - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring
2. Har du under de <b>senaste tre åren</b> varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om «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 <b>tre senaste åren</b> använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om «Ja» ange namnet på läkemedlet, orsaken till medicinerat samt den period du medicinerat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de <b>tre senaste åren</b> behandlats (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om «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/bsvären och ange 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», 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 - 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, Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 42700 eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se.

Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Länsförsäkringar, 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 anställd/medlem	Namnteckning make/sambo
------------------------------	-------------------------

## Underskrift - Ansökan

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 riktig 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 Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftdatum.

Datum	E-postadress	Telefon dagtid
Namnteckning anställd/medlem		Namnteckning make/sambo

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/halsa. Du kan också få dem av din gruppföreträdare. Du kan även kontakta oss på Länsförsäkringar Hälsa via e-post: info.halsa@lansforsakringar.se.