Att: B62CHA/B62RLI

Ansökan om gruppförsäkring år 2026

Avtal 30100 – Travtränarnas Riksförbund

Personnummer Medlem (GM)	Medlem för- och efternamn	Utdelningsadress
Personnummer make/sambo (MF)	Make/sambo för- och efternamn	Postnummer och postort
Medlem fr o m (år, månad, dag)		Medlemsnummer

**Prisbasbelopp 2026 (Pbb) 59 200 kr*

Försäkringsmoment	Prisbasbelopp*	Försäkringsbelopp	Årspremie	Jag anmäler GM	Jag anmäler MF
LIVFÖRSÄKRING	8 pbb	473 600 kr	1 368 kr	☒	☐
SJUKKAPITALFÖRSÄKRING	8 pbb	473 600 kr	336 kr	☒	☐
DIAGNOSFÖRSÄKRING	1 pbb	59 200kr	384 kr	☒	☐
OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING					
Invaliditetsersättning upp till	30 pbb	1 776 000 kr	876 kr	☒	☐
Dödsfallsersättning	1 pbb	59 200 kr			
Reduktion enligt villkor.					
BARNFÖRSÄKRING					
Sjuk och Olycksfall					
Invaliditetsersättning upp till	30 pbb	1 776 000 kr	1 620 kr	☐	
Dödsfallsersättning	1 pbb	59 200 kr			

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.

SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING	Gruppmedlem	5 232 kr	☒	
	Medförsäkrad make/sambo	7 092 kr		☐

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.

Kontakt
Staffan Osterling
070-334 73 02
staffan.osterling@telia.com

Ingvar Mällberg
Söderberg & Partners
0761-495 082
ingvar.mallberg@soderbergpartners.se

Ansökan skickas till
LF Mäklarservice
FE 1643
839 82 Östersund

Fortsätt på nästa sida!

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692
Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 502010-9681

Hälsodeklaration - Gruppförsäkring

	Personnummer anställd/medlem GM	Personnummer make/sambo MF
1. Är du fullt arbetsför?	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ 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.		
Svara på frågorna nedan	***När det gått tre månader eller mer sedan du blev medlem eller om du fyllt 60 år och söker:*** - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring	***När du som medförsäkrad söker:*** - livförsäkring - sjukkapitalförsäkring
2. Har du under de **senaste tre åren** varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om **«Ja»** ange sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
3. Använder du eller har du under de **tre senaste åren** använt eller blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om **«Ja»** ange namnet på läkemedlet, orsaken till medicinering samt den period du medicinerat.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
4. Har du under de **tre senaste åren** behandlats (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om **«Ja»**, ber vi dig svara på frågorna 4a-4d nedan	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
4 a Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/besvären och ange vilket datum du först blev sjuk/fick besvär.		
4 b När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c Vilken vårdgivare har du anlitat för dessa besvär? 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.	☐ Ja År: _____ Månad: _____ ☐ Nej, beskriv kvarvarande besvär	☐ Ja År: _____ Månad: _____ ☐ Nej, beskriv kvarvarande besvär

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 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 Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

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, Personrisk/Hälsa via e-post: info.halsa@lansforsakringar.se.

LF WFL 058 utg 03 2024-02