

Nyteckning  Ändring /tillägg Avtalsnummer:

## » Personuppgifter försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

## » Betalning

<input type="checkbox"/> Månad (endast autogiro)	<input type="checkbox"/> Kvartalsavi*	<input type="checkbox"/> Halvårsavi	<input type="checkbox"/> Helårsavi
--	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

\*Accepteras endast om årspremién överstiger 600 kronor.

## » Premiebetalare om annan än på sidan två angiven/angivna försäkringstagare

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort

## » Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

Förmedlingskontor	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	
Ansvarig assistent	E-post	

**Försäkringsinformation****Försäkringsalternativ**

De försäkringsprodukter som kan sökas framgår under "Försäkringsalternativ" på sidan två.

**Om gruppförsäkring**

Gruppförsäkring kan tecknas av den som fyllt 16 år fram till 65-årsdagen, bosatt och folkbokförd i Sverige samt berättigad till ersättning från svensk försäkringskassa. Slutålder är utgången av den månad den försäkrade fyller 67 år. Gruppförsäkring kan även tecknas för nordiska medborgare, se förköpsinformation/villkor för särskilda regler.

**Keyman**

En Livförsäkring som tecknas av en juridisk person på anställdas eller ägares, (försäkrades) liv, till förmån för den juridiska personen.

**Kompanjonförsäkring**

En Livförsäkring som en fysisk person (A) tecknar på en annan fysisk persons liv (B) till förmån för sig själv (A).

**Prisbasbelopp**

Prisbasbelopp (Pbb) fastställs årligen av regeringen. Det speglar den allmänna prisutvecklingen.

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö  
www.euroaccident.se

077-440 00 10

## Försäkringsalternativ

Keyman-  
försäkring      Kompanjons-  
försäkring

<b>1. Livförsäkring</b> Vid dödsfall utbetalas ett engångsbelopp. Slutålder är utgången av den månad den försäkrade fyller 67 år. Ange önskat antal prisbasbelopp, max 50 Pbb, jämna 5 Pbb*.  Besvara Hälsodeklarationen på sidan tre och fyll i Fullmakt för inhämtande av medicinsk information på sidan sex.	10 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Annat belopp än ovan: ____ Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*Annat belopp än ovan: ____ Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### » Underskrift av försäkringstagare

De uppgifter som lämnats i denna ansökan/hälsodeklaration ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är införstådd med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd med mera, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.

### » Försäkringstagare 1

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer	Antal Pbb**
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift	

### » Försäkringstagare 2

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer	Antal Pbb**
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift	

### » Försäkringstagare 3

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer	Antal Pbb**
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift	

### » Försäkringstagare 4

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer	Antal Pbb**
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift	

\*\*Antal Pbb av totalt antal tecknat Pbb i rutan försäkringsalternativ.

Försäkrad/Gruppmedlem     Medförsäkrad

» Personuppgifter

Nam	Personnummer
Telefon	E-post

» Hälsifrågor för gruppmedlem och medförsäkrad

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer 23 frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Om du inte är fullt arbetsför kan du ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Fullt arbetsför

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 arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Allmänt

3. Längd och vikt?	cm	kg
4. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller i övrigt anlitat läkare, eller annan vårdgivare, t ex sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast och naprapat med anledning av sjukdom, symptom eller skada som rör någon av nedanstående sjukdomar/symptom/besvär? Om du svarar Ja på någon av frågorna 5–22, ber vi dig fylla i kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen.

5. Allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Sköldkörtelbesvär/struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Ögonsjukdom, synnedsättning, öronsjukdom och/eller tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Besvär/sjukdom <b>Om Ja, markera nedan</b> <input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> axlar <input type="checkbox"/> skuldror <input type="checkbox"/> armar <input type="checkbox"/> höfter <input type="checkbox"/> ben <input type="checkbox"/> knän <input type="checkbox"/> fötter <input type="checkbox"/> händer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

18. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/eller sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 5–19?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

<p>23. Har du någon gång haft eller finns det misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel. Ange även syn- och hörsselfel. Vid när- eller översynthet, ange dioptriet.</p> <p><b>Om Ja</b>, ange vad och lämna kompletterande uppgifter på nästa sida.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på [www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.

**Hälsodeklarationen ska skickas in tillsammans med ansökan till EuroAccident inom 30 dagar från underskriftsdatum.**

» Underskrift

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa (tecknar jag som nordisk medborgare intygar jag att jag har tagit del av de särskilda teckningsregler som framgår av förköpsinformation/villkor). Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att Euro Accident eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad

Försäkringsgivare: EuroAccident Livförsäkring AB

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB

Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

[www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se)

077-440 00 10

Euro Accident Livförsäkring AB

4/8

# Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Kompletterande uppgifter till fråga nr:

Försäkrad/Gruppmedlem

Medförsäkrad

## » Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

## » Kompletterande uppgifter

1. Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		
2a. Namnge symptomen/sjukdomen. Diagnos?		
2b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
2c. Vad är orsaken till besvären/symptomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterade)?		
3a. När debuterade symptomen/sjukdomen, skadan eller handikappet? År            Månad	3b. Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Om Ja</b> , när hade du besvär?            År            Månad	
3c. Vilken behandling/undersökning har du fått?		
3d. När behandlades du för de aktuella symptomen, den aktuella sjukdomen eller skadan senast? År            Månad		
3e. Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Om Ja</b> , av vilket slag?	
4a. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Om Ja</b> , när blev du symptomfri?            År            Månad	4b. Om du inte är symptomfri, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	
5. Ange namn och fullständig mottagningsadress till de vårdgivare du anlitat under de senaste 3 åren:	För vilken orsak/diagnos?	När anlitade du vårdgivaren senast? Ange datum nedan:
6. Ange diagnos och sjukskrivningsperiod så noggrant som möjligt.	Fr. o. m	T. o. m
7. Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:		

## » Underskrift

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande

# Fullmakt Inhämtande av medicinsk information

Denna fullmakt behöver endast fyllas i i samband med ansökan om Livförsäkring.

## » Information om fullmakt

För att Euro Accident ska kunna bedöma och reglera ett eventuellt försäkringsfall behöver vi ibland mer information om vad som har orsakat skadan. För att vi ska kunna inhämta sådan information behöver vi ditt samtycke. Denna fullmakt gäller för skadereglering i händelse av dödsfall. Fullmakten ska undertecknas vid tecknande av livförsäkring och sändas in tillsammans med försäkringsansökan. Om fullmakten inte undertecknas kan Euro Accident inte bevilja din ansökan om livförsäkring.

## » Underskrift

*Genom undertecknande av denna fullmakt lämnar jag mitt samtycke till att, i händelse av dödsfall, läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident eventuellt anlitar för skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Euro Accident eller de företag som Euro Accident anlitar för skadereglering, behöver för att reglera det aktuella skadeärendet.*

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande

# Medgivande Betaling via Autogiro

## » Personuppgifter

Namn på försäkrad	Personnummer
Premiebetalare (om annan än den försäkrade)	Personnummer/Organisationsnummer
Clearingnummer*	Kontonummer**
Bankens namn	

\* Clearingnumret är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9xxxxx. Utelämna då femte siffran, i detta fall 9. Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

\*\* Vid tveksamhet om kontonumret, var god kontakta din bank.

## » Betalningsintervall

<input type="checkbox"/> Månad	<input type="checkbox"/> Kvartal	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Helår
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

## » Medgivande till betalning via autogiro

Med betalningsmottagare i texten nedan avses Euro Accident Livförsäkring AB.

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, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten.

Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren 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.

## » Betalarens underskrift

Jag har tagit del av och godkänner ovanstående och villkoren (se nästa sida) för autogirobetalning

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Namn-teckning
------------------------	---------------

## Villkor för betalning via Autogiro

### Beskrivning

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 v 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 ontot

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 härom. 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.