

» Avtalsinformation

Startdatum (ÅÅMMDD)	Avtalsnummer 230000
---------------------	------------------------

 Ändring /tillägg**» Försäkringstagare (om annan än försäkrad)**

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

» Personuppgifter försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Personuppgifter medförsäkrad (maka/make, registrerad partner eller sambo)

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

» Medförsäkrade barn

Namn och personnummer	Namn och personnummer
Namn och personnummer	Namn och personnummer

» Premiebetalare (om annan än försäkringstagare)

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort

» Betalning

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

» Underskrift av försäkringstagare, om annan än försäkrad

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.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Personnummer	Namnförtydligande

» Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

Förmedlingskontor Max Matthiessen	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	
Ansvarig assistent	E-post	

Försäkringsinformation

Försäkringsalternativ

De försäkringsprodukter som kan sökas framgår under "Försäkringsalternativ" nedan. Försäkringsbeloppet är maximerat till totalt 50 Pbb för kombinationen *Olycksfallsförsäkring* och *Sjuk- och olycksfallsförsäkring*.

Om gruppförsäkring

Gruppförsäkring kan tecknas av den som fyllt 16 år fram till 65-årsdagen (*förtidskapital* – fram till 57-årsdagen), bosatt och folkbokförd i Sverige samt berättigad till ersättning från svensk försäkringskassa. Slutålder är utgången av den månad den försäkrade fyller 67 år, undantag kan förekomma och då anges slutålder vid respektive produkt nedan. Gruppförsäkring kan även tecknas för nordiska medborgare, se förköpsinformation/villkor för särskilda regler.

Medförsäkrade barn

Arvsberättigade barn kan medförsäkras i Barn- och ungdomsförsäkring samt i Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess. De försäkringarna kan tecknas till 20-årsdagen med slutålder 25 år. Du behöver endast uppge namn och personnummer för att medförsäkra barn.

Prisbasbelopp

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

Premier

Premier anges i kronor SEK per månad.

Försäkringsalternativ

För alternativ markerat med:

- H** besvara hela *Hälsodeklarationen* på sidan fyra,
- I** besvara endast fråga ett på sidan fyra, *Intygande om full arbetsförmåga*,
- S** bifoga en besvarad *Särskild Hälsodeklaration* som du får från din förmedlare och en kopia på senaste årsbokslut.

Grupp- Med-
medlem försäkrad

		Grupp- medlem	Med- försäkrad
1. Livförsäkring med barnskydd H Vid dödsfall utbetalas ett engångsbelopp, dödsfallskapital, enligt det Generella förmånstagarförordnandet om inte annat meddelats. Barnskydd utbetalar 1 Pbb om barnet avlider före 18 års ålder. Upphör vid 70 år.	6 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Förtidskapitalförsäkring H Engångsbelopp vid minst 50 % arbetsförmåga i 30 av 36 mån före fyllda 60 år. Delutbetalning motsvarande 25 % av försäkringsbeloppet efter 18 mån. Avtrappning fr.o.m. 40 år. Kan tecknas till 57 år. Full arbetsförmåga 3 mån i följd krävs vid teckningstillfället. Upphör vid 60 år.	6 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 Pbb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olycksfallsförsäkring I Försäkringen lämnar ersättning vid olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor. Upphör vid 70 år.	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"/>
4. Sjuk- och olycksfallsförsäkring H Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor.	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"/>

Försäkringsalternativ fortsättning

Grupp- Med-
medlem försäkrad

5. Barn- och ungdomsförsäkring Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada. Upphör vid 25 år.	30 Pbb <input type="checkbox"/>	
	40 Pbb <input type="checkbox"/>	
	50 Pbb <input type="checkbox"/>	
6. Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess brons ^I Försäkringen omfattar planerad sjukvård i Sverige. Försäkringen tecknas med självrisk, 500 kr/skada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Barn <input type="checkbox"/>	
7. Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver ^I Försäkringen omfattar planerad sjukvård i Sverige. E-vård ingår. Försäkringen tecknas med självrisk.	750 kr självrisk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	1 000 kr självrisk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	1 500 kr självrisk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Barn 750 kr självrisk <input type="checkbox"/>	
8. Sjukförsäkring ^H Ersättning lämnas längst till 67 år, vid minst 25% arbetsförmåga.	Månadslöen SEK	Ersättning/mån
	- 14 999	1 000 kr <input type="checkbox"/>
	15 000 - 24 999	1 500 kr <input type="checkbox"/>
	25 000 - 29 999	2 500 kr <input type="checkbox"/>
	30 000 - 34 999	3 500 kr <input type="checkbox"/>
	35 000 - 39 999	4 500 kr <input type="checkbox"/>
	40 000 -	5 500 kr <input type="checkbox"/>
9. Sjukavbrottsförsäkring ^S Gäller vid avbrott i försäkringstagarens rörelse, då försäkrad person blir minst 25 % arbetsförmögen under längre tid än 1 månad eller vid dödsfall. Ersättning i högst 3 perioder om 12 månader. Ange önskat antal prisbasbelopp, max 20 Pbb, baserat på Summa försäkringsbelopp på sidan fyra på den Särskilda hälsodeklarationen och bifoga årsbokslut.	2 Pbb <input type="checkbox"/>	
	3 Pbb <input type="checkbox"/>	
	5 Pbb <input type="checkbox"/>	
	10 Pbb <input type="checkbox"/>	
	15 Pbb <input type="checkbox"/>	
	20 Pbb <input type="checkbox"/>	

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB

Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

Gruppmedlem

Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Hälsfrågor

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer nio frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Du som inte är fullt arbetsför kan 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 livränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller mot-svarande 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 3 månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i> .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Allmänt

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

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

5. Har du syn- och/eller hörsselfel? Vid när-/översynthet, ange dioptrietalet. Dioptrital _____ Om Ja , ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.) Om Ja , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6a. Beskriv besvären/symptomen med egna ord.	
6b. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad.	
6c. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad.	
6d. När behandlades du senast för den aktuella åkomman? År/månad.	
6e. Är du symptomfri? Om Ja , när blev du symptomfri? År/månad. Om Nej , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

6f. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress.	
7. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om Ja , ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom/skada. Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____ Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin? Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

9. Har du någon gång haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel? Om Ja , ange vad.	<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 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 Euro Accident 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.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
Namnförtydligande	

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB

Handlingarna skickas till

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

» 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 8327-9xxxxxx. 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"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal	<input type="checkbox"/> Månad
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

» Medgivande till betaling 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 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 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.