

☐ Nyteckning ☐ Ändring /tillägg

» **Avtalsnummer och anslutningsdatum till SBF**

Avtalsnummer - försäkring nr 1, 2 och 3 nedan 990835	Avtalsnummer - försäkring 4 nedan 560930	Anslutningsdatum SBF (ÅÅMMDD)
---	---	-------------------------------

» **Personuppgifter försäkrad**

Namn	Personnummer	Önskat startdatum (ÅÅMMDD)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-post	Telefon	Årslön i svenska kronor

» **Premiebetalare (om annan än försäkringstagare)**

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

» **Betalning**

☐ Helårsavi	☐ Autogiro (endast månad)
------------------------------------	--

» **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	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	
Ansvarig assistent	E-post	

Försäkringsinformation

Om gruppförsäkring

Gruppförsäkring för sjöbefäl kan tecknas av person som fyllt 16 år fram till den dag personen fyller 65 år, är nordisk medborgare (exklusive Island), oavsett bostadsort, samt medlem i Sjöbefälsföreningen (SBF). För ytterligare info se [förköpsinformation/villkor](#)

Prisbasbelopp

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

Premier

Premierna gäller per månad och avser perioden 2025-01-01 – 2025-12-31

Försäkringsalternativ

För alternativ markerat med:

- H** besvara hela *Hälsodeklarationen* på sidan tre,
- I** besvara endast fråga ett på sidan tre, *Intygande om full arbetsförhet*.

Anslutning önskas för gruppmedlem

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.	16–39 år	40–54 år	55–67 år	6 Pbb
	30 kr	56 kr	98 kr	☐
2. Olycksfallsförsäkring I Försäkringen lämnar ersättning vid olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor.	16-65 år			20 Pbb
	57 kr			☐
3. Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver I Försäkringen omfattar planerad sjukvård i Sverige. E-vård ingår. Försäkringen tecknas med självrisk, 750 kr/skada.	16-54 år		55-67 år	
	850 kr		893 kr	☐
4. Sjukförsäkring H (premiens storlek beror på din ålder och lön) Första årets premie subventioneras av Sjöbefälsföreningen. Du måste ha varit medlem i minst ett år innan subventionen ges, vilket innebär att du som är ny medlem får vänta med subventionen tills du varit medlem i ett år. Premien sätts utifrån ålder och lönenivå och subventioneras upp till 4 800 kr första försäkringsåret.	Sjukpenninggrundande inkomst, SGI 3 mån-karens			R-karens
	0 – 7,5 Pbb			80 % 55 %
	7,5 Pbb – 750 000 kr			80 % 35 %
	Tidigare försäkringsbolag			
	Anslutningsdag till tidigare försäkringsbolag			

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB.

☐ Försäkrad/gruppledmedlem

» Personuppgifter (företagsuppgifter i förekommande fall)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post
Företagsnamn – i förekommande fall	Organisationsnummer – i förekommande fall

» Hälsfrågor – samtliga ska besvaras

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Besvara följande frågor om ej annat anges vid respektive fråga. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, symptom/besvär, HIV samt all sjukskrivning längre tid än 14 dagar i följd, ska anges.

1a. 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 motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna*.		☐ Ja ☐ Nej
1b. Om Nej, vad är orsaken till din arbetsoförmåga?	1c. Sedan när är du arbetsoförmögen?	
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i>.		☐ Ja ☐ Nej

* För vissa försäkringsprodukter gäller endast svensk försäkringskassa. Se vid var tid gällande produktspecifika teckningsregler.

» Allmänt

3. Yrke (inkl. bisysslor), studier, annan verksamhet.		
4. Besvaras av icke svensk medborgare: 4a. Nationalitet	4b. Hur länge har du varit bosatt i Sverige?	
5. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg		
6. Utövar du något av följande: – kampsport eller liknande aktivitet, yrkesdykning, dykning djupare än 18 meter, stuntman, luftakrobatik, bergsklättring, fallskärms-hoppning, bungyjump, Extremskidåkning (skidåkning utanför markerade pister), segel-/ballong-/drakflygning, klippklättring (inkl på snö och is) eller deltagande i expeditioner av liknande äventyrskaraktär, – deltagande i motorsport, verksamhet på oljeplattform eller på tak på höga byggnader > 12 meter, – flygning, annat än i egenskap av passagerare i licensierat flermotorigt flygplan drivet av ett kommersiellt flygbolag som står under statlig kontroll. Om Ja, vad?		☐ Ja ☐ Nej
7a. Röker du? Om Ja, hur många dagligen? ☐ <10 ☐ 10–20 ☐ >20 Om mer än 20, hur många?		☐ Ja ☐ Nej
7b. Om du slutat röka, ange när och om det var av medicinska skäl.		
8a. Hur stor är din alkoholkonsumtion/vecka?	Öl _____ cl/vecka Vin _____ cl/vecka Sprit _____ cl/vecka	
8b. Har du haft större konsumtion tidigare? Om Ja, hur mycket?	Öl _____ cl/vecka Vin _____ cl/vecka Sprit _____ cl/vecka	☐ Ja ☐ Nej
8c. Har du någon gång sökt vård för alkoholrelaterade problem?		☐ Ja ☐ Nej

Handlingarna skickas till:

Euro Accident Livförsäkring AB
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö
www.euroaccident.se 077-440 00 10

9a. Går du på regelbundna hälsokontroller? Om Ja , besvara nedanstående.		☐ Ja ☐ Nej
9b. Ange anledningen till hälsokontrollen	9c. Ange eventuell bakomliggande sjukdom/skada	
9d. Resultat av hälsokontrollen ☐ Utan anmärkning	9e. Annat resultat	

» Sjukdom, symptom eller skada

10. Har du någon läkare eller annan vårdgivare du brukar anlita? Om Ja , av vilken anledning? Läkarens/vårdgivarens namn och adress?	☐ Ja ☐ Nej
11. Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS-Virus)? Om Ja , när? Resultat: ☐ Negativt (ej HIV-smitta) ☐ Positivt (HIV-smitta)	☐ Ja ☐ Nej
12. Har du symptom/besvär som du ännu inte sökt läkare för? Om Ja , vilka?	☐ Ja ☐ Nej
13. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)? Om Ja , vilket/vilka? Anledning? Utskrivet av (läkarens namn och adress):	☐ Ja ☐ Nej
14. Har du under de fem senaste åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?	☐ Ja ☐ Nej
15. Har du eller har du tidigare haft:	
a. Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Bensvullnad? Besvär av hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller anfåddhet?	☐ Ja ☐ Nej
b. Blodpropp? Hjärnblödning? Kärtsjukdom? Åderbråck?	☐ Ja ☐ Nej
c. Förhöjt blodtryck? Om Ja , ange blodtrycksvärdet vid de två senaste mätningarna, samt ange när mätningarna gjordes.	☐ Ja ☐ Nej
d. Astma, luftvägsbesvär eller lungsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
e. Allergiska besvär?	☐ Ja ☐ Nej
f. Sjukdom i mage, tarmar, lever, bukspottskörtel eller annat bukorgan? Hepatit (Gulsot)?	☐ Ja ☐ Nej
g. Förhöjda blodfetter?	☐ Ja ☐ Nej
h. Förhöjt blodsocker?	☐ Ja ☐ Nej
i. Äggvita, blod eller socker i urinen?	☐ Ja ☐ Nej
j. Sjukdom/besvär i njurar eller urinvägar?	☐ Ja ☐ Nej
k. Sjukdom/besvär i köns-/underlivsorgan? Prostatabesvär?	☐ Ja ☐ Nej
l. Förslitning/besvär eller funktionsnedsättning i leder eller muskler? Reumatisk sjukdom eller annan ledsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
m. Besvär med/sjukdom i: ☐ rygg ☐ nacke ☐ axlar ☐ skuldror ☐ armar ☐ höfter ☐ ben ☐ knän ☐ fötter ☐ händer?	☐ Ja ☐ Nej
n. Symptom/besvär som behandlats av t.ex. kiropraktor, naprapat, sjukgymnast eller liknande?	☐ Ja ☐ Nej
o. Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
p. Sjukdom i nervsystemet, MS, epilepsi, huvudvärk, migrän, yrsel, svimningsanfall, demens etc.?	☐ Ja ☐ Nej
q. Psykiska besvär, sömnrubbnings, psykisk sjukdom, stressrelaterade symptom, utbrändhet etc.?	☐ Ja ☐ Nej

r. Ögonskada, ögonsjukdom, synfel? Om Ja, kryssa i skada/sjukdom/synfel samt ange höger och/eller vänster öga. ☐ Ögonskada ☐ Ögonsjukdom ☐ Synfel ☐ Höger öga ☐ Vänster öga Vid närsynthet/översynthet, ange dioptriet: _____ Är du tveksam, bifoga kopia av det senaste glasögonreceptet.	☐ Ja ☐ Nej
s. Öronsjukdom? Hörselnedsättning? Tinnitus? Öronskada? Om Ja, kryssa i öronsjukdom/hörselnedsättning/tinnitus samt ange höger och/eller vänster öra. ☐ Öronskada ☐ Öronsjukdom ☐ Hörselnedsättning ☐ Tinnitus ☐ Höger öra ☐ Vänster öra	☐ Ja ☐ Nej
t. Hudsjukdom eller eksem? Psoriasis?	☐ Ja ☐ Nej
u. Ämnesomsättningsrubbning, hormonell sjukdom, struma och/eller sköldkörtelbesvär?	☐ Ja ☐ Nej
v. Kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp?	☐ Ja ☐ Nej
16. Har du erhållit vård för kroppsskada, sjukdom eller andra problem i samband med alkoholkonsumtion eller annat missbruk?	☐ Ja ☐ Nej
17. Har du använt narkotika, dopingpreparat eller liknande preparat eller överkonsumerat läkemedel? Om Ja, vilken typ av preparat? Under vilken tid? När senast?	☐ Ja ☐ Nej
18. Har du behandlats eller undersökts för annan/annat sjukdom/besvär/symptom än de som angivits ovan?	☐ Ja ☐ Nej

» Kompletterande uppgifter

Om du svarat Ja på någon av frågorna 9–18, ska du lämna kompletterande uppgifter enligt frågorna A–H nedan. Ange i ditt svar till vilken av frågorna förtydligandet gäller. Vid utrymmesbrist kan du fortsätta på ett separat papper.

A) Vilken sjukdom, skada, symptom eller handikapp gäller det?	
B) Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?	
C) När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symptom/besvär?	
D) Under vilka tidsperioder har du varit helt/är du delvis sjukskriven p.g.a. angiven åkomma?	
E) Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens/vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.	
F) Vilken vård och behandling har du fått (operation, strålbehandling, medicinering, sjukgymnastik, massage, vila etc.)?	
G) Är ytterligare kontroll planerad? Om Ja , var och när?	☐ Ja ☐ Nej
H) Är du numera återställd och utan besvär? Om Ja , sedan när? Om inte, vilka följder och besvär kvarstår?	☐ Ja ☐ 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 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.

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift försäkrad
Namnförtydligande	

» Avser endast Sjukavbrottsförsäkring – Företagsuppgifter, ange årsbelopp

Summera beloppen i de rosa rutorna i rutan *Summa försäkringsbelopp* längst ner till höger.

Omsättning	Antal anställda	Företagets startdatum (ÅÅMMDD)
Lönekostnader*	Fasta medlemsavgifter**	Premier för företagsförsäkringar
Fasta kostnader för bokföring/revision	Fasta el- och telekostnader	Räntekostnader i rörelsen
Kontrakterad kostnad i leasingavtal	Skatt och försäkringspremier i transportmedel i rörelsen	Lokalhyror och övriga fasta lokalkostnader
Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift försäkringstagare/firmatecknare (alt försäkrad, om samma person)	Summa försäkringsbelopp

* Avser avtalade löner och lönekostnader till fast verksamma (notera att lön och sociala avgifter samt kostnader för försäkrad inte är en ersättningsbar kostnad).

** Till bransch- och arbetsgivarorganisationer. Bifoga kopia på senaste årsbokslut. Vänligen intyga nedan att lämnade företagsuppgifter är korrekta.

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB

» 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.

Utelämnas 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

☐ Månad	☐ Kvartal	☐ Halvår	☐ 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)	Namnsteckning
------------------------	---------------

Blanketten kan mailas till: info@euroaccident.com

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 (tex 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.