



Ansökan Privattandläkarnas gruppförsäkring 2017

Gäller från 2017-01-01

Prisbasbelopp (pbb) 2017: 44 800 kr

Personnummer*, medlem/GM	Namn*	Inträdesdatum PTL*
Utdelningsadress*	Postnummer & ort*	Email
Personnummer, medförsäkrad/MF	Namn, medförsäkrad	Avtalsnummer 8080

*obligatoriska uppgifter

Som ny medlem har du som är fullt arbetsför (se sida 2) och inte fyllt 60 år rätt till tre månaders kostnadsfritt försäkringsskydd; livförsäkring 10 pbb, sjukkapital 10 pbb, olycksfallsförsäkring 40 pbb och sjukförsäkring motsvarande din lönenivå. Högsta ålder för nyteckning och/eller höjning är ej fyllda 64 år. Observera att samtalsstöd ingår oavsett vilken försäkring du väljer att teckna. Läs mer i förköpsinformationen. Glöm ej att ange anslutningsdatum!

Livförsäkring	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			- 35 år	36-67 år	GM	MF
Ersättning utbetalas till efterlevande vid dödsfall, utan reduktion av försäkringsbeloppet. Hälso-deklaration krävs. Slutålder 67 år.	6 pbb	268 800 kr	17 kr	27 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 pbb	448 000 kr	27 kr	45 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	672 000 kr	41 kr	68 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	896 000 kr	56 kr	90 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 344 000 kr	83 kr	137 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 240 000 kr	139 kr	228 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukkapital	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			- 35 år	36-67 år	GM	MF
Försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet avtrappas med fem procentenheter per år från 56 års ålder, men aldrig lägre än 50 procent. Hälso-deklaration krävs. Slutålder 67 år.	6 pbb	268 800 kr	11 kr	14 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 pbb	448 000 kr	18 kr	24 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	672 000 kr	26 kr	36 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	896 000 kr	36 kr	48 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 344 000 kr	54 kr	72 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 240 000 kr	90 kr	120 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukförsäkring	Ersättning	Månadslönen	Månadspremie		Jag anmäler:	
			- 35 år	36-65 år	GM	MF
Ersättning utbetalas vid sjukskrivning efter 90 dagars karens vid minst 25 procent sjukskrivning. Utbetalning sker så länge arbetsförmågan pågår, dock längst till 65 års ålder. Hälso-deklarationen krävs, se undantag på sidan 2. Slutålder 65 år.	700 kr	- 14 499 kr	18 kr	26 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 400 kr	- 26 999 kr	36 kr	53 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 100 kr	- 39 999 kr	54 kr	80 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 800 kr	- 49 999 kr	72 kr	106 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 500 kr	- 59 999 kr	90 kr	133 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 200 kr	60 000 kr -	107 kr	156 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Olycksfallsförsäkring, heltid – gäller dygnet runt	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			- 67 år		GM	MF
Ersätter kostnader och ekonomisk/medicinsk invaliditet på grund av olycksfall. Privatvård ingår. Endast intygande om full arbetsförmåga, fråga 1 på hälso-deklarationen, krävs. Slutålder 67 år.	20 pbb	896 000 kr	28 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	1 344 000 kr	42 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	1 792 000 kr	54 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb	2 240 000 kr	66 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
					Mitt/mina barn	
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premien oavsett antal barn. Ingen hälso-deklaration krävs. Försäkringen gäller året ut som barnet fyller 25 år.	30 pbb	1 344 000 kr	85 kr		<input type="checkbox"/>	
	40 pbb	1 792 000 kr	108 kr		<input type="checkbox"/>	
	50 pbb	2 240 000 kr	130 kr		<input type="checkbox"/>	

Glöm inte att fylla i den bifogade hälso-deklarationen. Den skickas tillsammans med ansökan till:
Mercer (Sweden) AB, Grupp SPAB, Box 3047, 400 10 GÖTEBORG

Hälsodeklaration, gruppförsäkring

Namn, gruppmedlem	Personnummer, gruppmedlem
Namn, medförsäkrad	Personnummer, medförsäkrad

Du behöver endast svara på fråga 1 i hälsodeklarationen om du söker försäkring som är markerade med fetstil, under dina tre första anställningsmånader. Om du fått ändrad lön behöver du enbart besvara fråga 1 i hälsodeklarationen om du ansöker om högre sjukförsäkringsbelopp inom tre månader från löneändringen. Om du fyllt 60 år eller söker högre försäkringsbelopp för livförsäkring eller sjukkapital ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen under dessa månader. Söker du försäkring efter tre månader ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen. Medförsäkrad behöver alltid besvara alla frågor, förutom vid ansökan om olycksfallsförsäkring där intygande på fråga 1 räcker.

1. Är du fullt arbetsför och kan fullgöra ditt vanliga arbete?

Gruppmedlem Ja Nej

Fullt arbetsför är den som:

Medförsäkrad Ja Nej

- 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.
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.

2. Har du under de tre senaste åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om ja, ange orsak, sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.

Gruppmedlem Ja Nej

Medförsäkrad Ja Nej

Gruppmedlem:

Medförsäkrad:

3. Använder du eller har du under de tre senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär?

Gruppmedlem Ja Nej

Medförsäkrad Ja Nej

Om ja, ange namnet på läkemedlet.

Gruppmedlem:

Medförsäkrad:

4. Har du under de senaste tre åren behandlats, kontrollerats eller undersökts av läkare eller annan vårdpersonal på grund av sjukdom, skada eller handikapp?

Gruppmedlem Ja Nej

Medförsäkrad Ja Nej

Om du svarar "Ja", ange sjukdomsorsak/besvär, tidpunkt för behandling, år och månad, läkarens namn och mottagningsadress eller vårdinrättning samt om/när du blev symptomfri, år och månad. Om du inte är symptomfri, ange kvarstående men/besvär/symptom.

Gruppmedlem:

Medförsäkrad:

Om utrymmet inte räcker kan du lämna kompletterande uppgifter på ett separat papper.

UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om gruppförsäkring. De uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan återopas av mig. Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna är giltiga i 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum och ort	Telefonnummer dagtid, gruppmedlem
Namnteckning, gruppmedlem	Namnteckning, medförsäkrad

Dina personuppgifter

De personuppgifter som Länsförsäkringar hämtar in om dig behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL). Uppgifterna behandlas för att vi ska kunna administrera försäkringen, ge en helhetsbild av ditt engagemang inom länsförsäkringsgruppen, teckna och fullgöra avtal, framställa rättsliga anspråk och ge en god service. De kan också användas för marknadsföring, statistik, marknads- och kundanalyser och för de andra ändamål som framgår av försäkringsvillkoren. Telefonsamtal med dig kan spelas in för att dokumentera de uppgifter du lämnar. I första hand använder vi uppgifterna inom länsförsäkringsgruppen, men vi kan lämna ut dem till andra företag, föreningar och organisationer som länsförsäkringsgruppen samarbetar med, inom och utom EU och EES-området, samt till myndigheter om vi är skyldiga till det enligt lag. Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Hör av dig om något är felaktigt så rättar vi det. Vill du inte att vi använder dina personuppgifter för direktmarknadsföring kan du anmäla det till oss. Fullständig information om vår behandling av dina personuppgifter finns i försäkringsvillkoren som du kan hitta på vår webbplats lansforsakringar.se. Du kan även beställa dem från oss. Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ)/Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag 106 50 Stockholm är personuppgiftsansvariga. För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/grupp. Du kan också få dem av försäkringsförmedlare Mercer via e-post gruppservice@mercer.com eller telefon 08-50530950.

Anmälan till autogiro - Privattandläkarna

Medgivande avser Privattandläkarnas frivilliga grupp försäkring. Betalningsmottagare är Mercer (Sweden) AB.

Betalaruppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer och ort

Telefon Bostad/Arbete/Mobil

E-post adress

Bank

Kontonummer inklusive clearingnummer¹⁾

¹⁾ Clearingnumret är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror, till exempel 8166-1 xxxxxx. Utelämna då femte siffran, i detta fall siffran 1. Handelsbankens clearingnummer ska alltid börja med siffran 6, hittar du inte numret, ange 6000. Har du personkonto i Nordea använd clearingnummer 3300.

Om du använder en annan persons konto eller ett gemensamt konto som du själv inte är huvudkontohavare till, var god ange kontohavarens namn och personnummer nedan.

Annan betalare (Namn)

Personnummer/organisationsnummer

Medgivande till betalning via Autogiro

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.

Jag har tagit del av och godkänner villkoren för autogiro som bifogas detta medgivande.

Ort och datum

Underskrift

Underskrift (annan betalare) ²⁾

²⁾ Om kontohavaren för bankkontot är en annan person än den försäkrade, måste han/hon godkänna att premien dras från bankkontot.

Betalningsmottagare

Mercer (Sweden) AB är betalningsmottagare avseende premier för Privattandläkarnas grupp försäkring. Mottagande bankgironummer är 405-4367.

Blanketten skickas till:

Mercer (Sweden) AB, Grupp försäkring PTL, Box 3047, 400 10 Göteborg
Telefon: 08-505 309 50, E-post: gruppservice@mercer.com



Allmänt

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 förfalldagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfalldag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfalldagar. Om meddelandet avser flera framtida förfalldagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfalldagen. 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 förfalldagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfalldagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfalldagen 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 förfalldagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfalldagen 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 förfalldagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfalldagen 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 förfalldagen 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.

