

Gruppförsäkringsansökan 2021

Prisbasbelopp (pbb) 2021: 47 600 kr

Personnummer*, anställd (GM)	Namn*, anställd (GM)	Anställningsdatum*
Utdelningsadress*	Postnummer & ort*	Månadslön (vid ansökan om sjukförsäkring)
Personnummer, medförsäkrad (MF)	Namn, medförsäkrad (MF)	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 anställningsdatum!

 Jag är fullt arbetsför, har fått löneförhöjning per 2021-....-.... och vill höja min sjukförsäkring till motsvarande nivå.

Livförsäkring						
Ersättning utbetalas till efterlevande vid dödsfall, utan reduktion av försäkringsbeloppet. Hälsodeklaration krävs. Slutålder 67 år.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-67 år	GM	MF
6 pbb	285 600 kr	17 kr	27 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 pbb	476 000 kr	28 kr	45 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 pbb	714 000 kr	41 kr	67 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	952 000 kr	55 kr	89 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	1 428 000 kr	83 kr	135 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	2 380 000 kr	138 kr	225 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sjukkapitalförsäkring						
Försäkringsbeloppet vid medicinsk och ekonomisk invaliditet avtrappas med fem procentenheter per år från 46 års ålder, men aldrig lägre än 25 procent. Innehåller diagnosförsäkring 1 pbb. Hälsodeklaration krävs. Slutålder 67 år.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-67 år	GM	MF
6 pbb	285 600 kr	12 kr	15 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 pbb	476 000 kr	18 kr	23 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 pbb	714 000 kr	25 kr	31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 pbb	952 000 kr	33 kr	41 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 pbb	1 428 000 kr	50 kr	62 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	2 380 000 kr	80 kr	100 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sjukförsäkring						
Ersättning utbetalas vid sjukskrivning efter 90 dagars karens vid minst 25 procents sjukskrivning. Utbetalning sker så länge arbetsförmågan pågår, dock längst till 65 års ålder. Hälsodeklaration krävs, se undantag på sida 2. Slutålder 65 år.	Ersättning	Månadslön	Månadspremie		Jag anmäler:	
			-35 år	36-65 år	GM	MF
700 kr	- 14 499 kr	13 kr	20 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 400 kr	- 26 999 kr	27 kr	39 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 100 kr	- 39 999 kr	40 kr	59 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 800 kr	- 49 999 kr	54 kr	79 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 500 kr	- 59 999 kr	67 kr	99 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 200 kr	60 000 kr -	80 kr	116 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Olycksfallsförsäkring, heltid – gäller dygnet runt						
Ersätter kostnader och ekonomisk/medicinsk invaliditet på grund av olycksfall. Privatvård ingår. Ingen hälsodeklaration krävs. Slutålder 67 år.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler:	
			16-67 år	GM	MF	
20 pbb	952 000 kr	28 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30 pbb	1 428 000 kr	41 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
40 pbb	1 904 000 kr	53 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
50 pbb	2 380 000 kr	65 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Barnförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring						
Kan endast tecknas i kombination med annan försäkring. Premien oavsett antal barn. Ingen hälsodeklaration krävs. Försäkringen gäller till och med 25 år.	Försäkringsbelopp		Månadspremie		Jag anmäler: Mitt/mina barn	
30 pbb	1 428 000 kr	107 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 pbb	1 904 000 kr	135 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50 pbb	2 380 000 kr	164 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Glöm inte att fylla i den bifogade hälsodeklarationen. Den skickas tillsammans med ansökan till:

Mercer, Gruppförsäkring, Box 3047, 400 10 GÖTEBORG

Försäkringsgivare är Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), 516401-6692 och Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), 502010-9681.

Hälsodeklaration, grupp försäkring

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 fyllt 60 år eller söker högre försäkringsbelopp för livförsäkring eller sjukkapital ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen. 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 bara ansöker om olycksfalls- och/eller barnförsäkring krävs ingen hälsodeklaration, endast underskrift. Söker du livförsäkring, sjukkapital eller sjukförsäkring efter tre månaders anställning ska du svara på samtliga frågor i hälsodeklarationen. Medförsäkrad behöver alltid besvara alla frågor förutom vid ansökan om olycksfallsförsäkring.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. Är du fullt arbetsför och kan fullgöra ditt vanliga arbete? 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du, har du under de tre senaste åren använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om ja, ange vilket läkemedel, orsak till medicinering samt period du medicinerat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du de tre senaste åren undersökts, kontrollerats eller behandlats (gäller även läkemedel) av läkare pga sjukdom, skada eller handikapp? Om du svarar ja behöver du besvara frågorna nedan, 4 a-d.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4 a) Vad heter sjukdomen eller besvären? Beskriv sjukdomen/bsvären och vilket datum du först blev sjuk/fick besvär.		
4 b) När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c) Vilken läkare var du hos? Ange namn och mottagningsadress eller sjukhus /sjukvårdsinrättning/klinik/ avdelning.		
4 d) Är du symtomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad) Om "Nej", beskriv kvarvarande symtom/bsvär.	<input type="checkbox"/> Ja från år _____ mån _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja från år _____ mån _____ <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift – Samtycke för hälsouppgifter

Jag samtycker till att Länsförsäkringar* behandlar de uppgifter om min hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 427 00 eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice, 106 50 Stockholm eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Ett återkallande av samtycket påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att behandla hälsouppgifter så länge samtycke funnits. Behandling av hälsouppgifter är nödvändig för att vi ska kunna handlägga din ansökan och om du inte lämnar samtycke eller återkallar samtycket accepterar du att Länsförsäkringar inte kommer att kunna handlägga din ansökan.

*Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.

Namnteckning gruppmedlem	Namnteckning medförsäkrad
--------------------------	---------------------------

Underskrift – Ansökan

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om grupp försäkring. 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 återropas av mig. Ansökan ska skickas in till Mercer inom 14 dagar från underskriftdatum.

Datum	E-postadress
Namnteckning gruppmedlem	Namnteckning medförsäkrad

Förköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på lansforsakringar.se/halsa.

Du kan också få dem genom att kontakta försäkringsförmedlare Mercer, telefon 08-505 309 50 eller e-post gruppservice@mercer.com.

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

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: gruppsservice@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.

