

Ansökan om frivillig gruppförsäkring - Giltig 2021-04-01-2022-03-31

Ny medlem Höjning/sänkning av nivå Komplettering med ny försäkring Avsluta försäkring

Namn gruppledare (GM)		Namn medförsäkrad (MF)	
Personnummer gruppledare		Personnummer medförsäkrad	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon arbetet	Mobiltelefon		Medlem från
Personnummer och namn på barnen som omfattas av barn- och ungdomsförsäkring			
Barn		Barn	
Barn		Barn	

Förskydd – Om du är ny medlem har du rätt till kostnadsfritt försäkringskydd enligt skuggad fetmarkering i 90 dagar räknat från ditt medlemsdatum. Glöm inte att ange det datum då medlemskapet började.

Försäkring och belopp			Månadspremie		Anslutning för	
Prisbasbeloppet (pbb) 2021: 47 600 kr					Mig själv	Make/Sambo
1	Livförsäkring		16-39 år	40-67 år		
	10 pbb	• Dödsfallsbeloppen sänks inte pga. ålder	27 kr	57 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	• Går ej att teckna efter 65 års ålder	54 kr	114 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb		81 kr	171 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb		108 kr	228 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50 pbb		135 kr	285 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sjuk- och Olycksfallsförsäkring		16-39 år	40-67 år		
	Invaliditetsbelopp högst 20 pbb		36 kr	92 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 30 pbb		54 kr	138 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 40 pbb		72 kr	184 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 50 pbb		90 kr	230 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Barn- och ungdomsförsäkring		-25 år	Ett barn	Flera barn	
	Invaliditetsbelopp högst 30 pbb			108/171 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 40 pbb			144/228 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 50 pbb			180/285 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sjukförsäkring med 3 månaders karens. Maximalt 36 månaders utbetalning		16-39 år	40-67 år		
	Månadslösn kr	Skattefritt försäkringsbelopp per månad				
	-	14 999 kr	1 000 kr	28 kr	46 kr	<input type="checkbox"/>
	15 000 -	24 999 kr	1 500 kr	42 kr	69 kr	<input type="checkbox"/>
	25 000 -	29 999 kr	2 500 kr	70 kr	115 kr	<input type="checkbox"/>
	30 000 -	34 999 kr	3 500 kr	98 kr	161 kr	<input type="checkbox"/>
	35 000 -	39 999 kr	4 500 kr	126 kr	207 kr	<input type="checkbox"/>
	40 000 -		5 500 kr	154 kr	253 kr	<input type="checkbox"/>
OBS! Vid höjning av försäkringsbeloppet räcker det att intyga att du är fullt arbetsför, besvara fråga 1 på hälsodeklarationen.						
5	Sjukvårdsförsäkring – Privat Access Silver – Självrisk 500 kr/skada		16-39 år	40-54 år	55-67 år	
	Anställd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			279 kr	565 kr	820 kr	
	Make/Maka/Sambo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			279 kr	565 kr	820 kr	
6	Sjukvårdsförsäkring – Privat Access Silver – Självrisk 500 kr/skada				0-25 år	
	En premie oavsett antal barn				<input type="checkbox"/>	
					501 kr	

Försäkringsgivare till avtal 400097 ÄR EURO ACCIDENT LIVFÖRSÄKRING AB
Försäkringsrådgivning och administration sköts av Max Matthiessen AB.

Har du frågor, kontakta personalansvarig på företaget eller Max Matthiessen på telefon 08-613 03 14 alt. kontakt via grupp@maxm.se.
Ansökan skickas till Max Matthiessen, GruppLiv, Box 5908, 114 89 Stockholm.
 På baksidan fyller du i hälsodeklarationen och skriver under ansökan.

Försäkrad/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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<p>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 arbetsskadelivränta 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.</p>			
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.	Gruppmedlem: 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 hörselfel? Vid när-/översynthet, ange dioptritalet. Dioptrital _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<p>Om Ja, ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra.</p>			
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.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<p>Om Ja, vad heter sjukdomen/besvåren? Diagnos?</p>			
6a.	Beskriv besvåren/symptomen med egna ord.		
6b.	När debuterade sjukdomen, besvåren 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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Om Nej , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?		
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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____		
	Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____		
8.	Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare.		

» 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Om Ja , ange vad.		

» 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 Max Matthiessen GruppLiv Box 5908, 114 89 Stockholm 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 försäkrings ersättning 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
Namnförtydligande	

Betalare / försäkringstagare

Personnummer	Namn
Utdelningsadress	Företag / avtalsnummer
Postnummer och ortnamn	Telefon dagtid

Clearingnummer	Kontonummer	Kontoförande bank och ort
----------------	-------------	---------------------------

Clearingnumret är det 4 siffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se ditt kontoutdrag.

Swedbank har ibland 5 siffror, ex 8327 -9xxxxx, utelämna då femte siffran, i detta fall 9.

Handelsbankens clearing nr ska alltid börja med 6 (hittar du inte det ange 6000).

Har du personkonto i Nordea använd 3300 som Clearingnummer.

Underskrift, jag har tagit del av och godkänner villkoren för Autogiro enligt nedan

Datum	Betalarens underskrift	Namnförtydligande
-------	------------------------	-------------------

Betalningsmottagare:

Max Matthiessen AB
Organisations nr; 556421-0911
Telefon nr: 08-613 28 55

Sänd medgivandet till:

Max Matthiessen AB
Grupp Liv
Box 5908
114 89 Stockholm

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."

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.

Uppläggnings av Autogiro kan ta någon månad, under tiden kan du i vissa fall få en faktura med inbetalningskort. Får du en sådan ska du betala denna.

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.