

Gruppmedlem och medförsäkrad som har omfattats av gruppförsäkring hos försäkringsgivaren/Euro Accident under minst sex månader har rätt att teckna fortsättningsförsäkring utan hälsoprövning. Ansökan ska göras inom 3 månader från den dag då tidigare gruppförsäkring upphörde att gälla.

» **Personuppgifter, tidigare gruppmedlem**

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon		E-post
Har tillhört gruppavtal nummer	Premie betald till och med – datum	Företag

» **Personuppgifter, tidigare medförsäkrad**

Avser ansökan endast medförsäkrad, ange även gruppmedlemmens personnummer (anges i fältet ovan för personuppgifter gruppmedlem). Är gruppmedlemmen avliden, vänligen ange datum för dödsfallet: _____

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon		E-post
Har tillhört gruppavtal nummer	Premie betald till och med – datum	

» **Personuppgifter medförsäkrade barn**

Ange personuppgifter för barn du vill medförsäkra i PrivatAccess Brons och Silver, eller i Barn- och ungdomsförsäkring. Markera ditt val i Försäkringsalternativ nedan.

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

» **Premiebetalare om annan än försäkringstagare**

Premiebetalare	Organisationsnummer/Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

» **Betalning**

☐ Månad (endast autogiro)	☐ Kvartal*	☐ Helår	☐ Halvår
--	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

*Kvartal accepteras endast om premien överstiger 600 kronor

» **Underskrift av premiebetalare om annan än försäkringstagare**

Ort och datum	Underskrift/Namnförtydligande
---------------	-------------------------------

» Försäkringsalternativ

Försäkringsbeloppet får inte överstiga det belopp som gällde vid utträdet ur gruppavtalet.

Om du önskar nedgradera din befintliga PrivatAccess, kontakta oss på info@euroaccident.com eller telefon.

	Barn	Tidigare gruppmedlem	Tidigare medförsäkrad
☐ Livförsäkring med barnskydd		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Livförsäkring med förtidskapital och barnskydd		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Fristående förtidskapital med option		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Kritisk sjukdomsförsäkring		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Olycksfallsförsäkring kopy		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Olycksfallsförsäkring		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Sjuk- och Olycksfallsförsäkring		Försäkringsbelopp (Pbb):	Försäkringsbelopp (Pbb):
☐ Sjukavbrottsförsäkring Bas ☐		Försäkringsbelopp (Pbb):	
☐ PrivatAccess Brons med självrisk 500 kr	☐	☐	☐
☐ PrivatAccess Silver med självrisk 500 kr	☐	☐	☐
☐ PrivatAccess Guld		☐	☐
☐ Sjukförsäkring		Försäkringsbelopp kr:	
Meddela inkomstförändring till oss		Inkomst per månad:	
☐ Barn- och ungdomsförsäkring Ange personuppgifter för barn i avsett fält ovan	☐ Enbarnsförsäkring ☐ Flerbarnsförsäkring		Försäkringsbelopp (Pbb): Försäkringsbelopp (Pbb):
Ange nedan närmast föregående försäkringsgivare. Besvaras endast om försäkringstiden hos Euro Accident är kortare tid än sex månader			Ange inträdesdatum hos närmast föregående försäkringsgivare

» Förmånstagarförordnande

Vid tecknande av fortsättningsförsäkring förfaller förmånstagarförordnandet avseende tidigare gruppörsäkring i Euro Accident. Om du inte skriftligen anmäler annat förordnande till Euro Accident gäller följande generella förmånstagarförordnande för livförsäkringen:

- Försäkringstagarens (gruppmedlems/medförsäkrads) maka/make eller registrerad partner eller om varken maka/make eller registrerad partner finns, sambo.
- Försäkringstagarens arvingar. Vid förordnande till arvingar fördelas försäkringsbeloppet enligt arvsrättens regler. Förmånstagare enligt a) kan helt eller delvis avstå från sin rätt till förmån för förmånstagare enligt b).

☐ Blankett önskas för anmälan av särskilt förmånstagarförordnande.

» Underskrift av den försäkrade

Uppgifterna i denna ansökan 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 försäkringsgivaren 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	Ort och datum
Underskrift och personnummer försäkrad/gruppmedlem	Underskrift och personnummer medförsäkrad
Namnförtydligande försäkrad/gruppmedlem	Namnförtydligande medförsäkrad

» Förmedlarens uppgifter vid självadministrerande avtal

Inträdesdatum gruppmedlem	Inträdesdatum medförsäkrad	
Utträdesdatum gruppmedlem	Utträdesdatum medförsäkrad	
Omfattning och försäkringsbelopp gruppmedlem	Omfattning och försäkringsbelopp medförsäkrad	
Premieförhöjning ☐ Ja ☐ Nej	Premieförhöjning ☐ Ja ☐ Nej	
Klausul ☐ Ja ☐ Nej	Klausul ☐ Ja ☐ Nej	
Ort och datum	Underskrift av försäkringsförmedlare	
Förmedlingskontor	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	E-post	

Försäkringsgivare: National General Insurance Luxembourg S.A. & National General Life Insurance Europe S.A.

» 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

☐ Månad	☐ Kvartal	☐ Halvår	☐ Helår
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

» Medgivande till betalning via autogiro

Med betalningsmottagare i texten nedan avses Euro Accident Health & Care Insurance 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	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.