



ANSÖKAN FRIVILLIG GRUPPFÖRSÄKRING 2019

Ansökan avser: Nyansökan Komplettering Ändring av nivå

PERSONNUMMER MEDLEM *	NAMN MEDLEM *		
ADRESS *	POSTNUMMER *	ORT *	
E-POSTADRESS	TELEFONNUMMER		
PERSONNUMMER MEDFÖRSÄKRAD	NAMN MEDFÖRSÄKRAD		
PERSONNUMMER BARN	NAMN		
MEDLEM I POLISFÖRBUNDET SEDAN (ÅR-MÅNAD):			

* Obligatoriska uppgifter, vänligen texta

Som ny medlem har du ett automatiskt och kostnadsfritt försäkringsskydd i tre månader från den dag du blir medlem. Omfattningen markeras nedan. Försäkringsskyddet gäller under förutsättning att du är fullt arbetsför. Efter tre månader betalar du dessa försäkringar genom löneavdrag. Om medlem söker högre nivå på liv- eller sjukförsäkring, söker liv- eller sjukförsäkring när du varit medlem längre tid än tre månader, samt om medförsäkrad söker dessa försäkringar, ska hälsodeklarationen fyllas i.

Försäkring och belopp	Månadspremie/person			Anslutning önskas	
	16 - 39 år	40 - 54 år	55 - 67 år	Mig själv	Make/sambo
Prisbasbeloppet (pbb) 2019: 46 500 kr					
Livförsäkring med barnskydd	16 - 39 år	40 - 54 år	55 - 67 år		
8 pbb 372 000 kr	33 kr	38 kr	63 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 pbb 604 500 kr	54 kr	62 kr	103 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 pbb 837 000 kr	75 kr	85 kr	142 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 pbb 1 069 500 kr	96 kr	109 kr	181 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 pbb 1 302 000 kr	117 kr	133 kr	221 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 pbb 1 534 500 kr	137 kr	156 kr	260 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb 1 860 000 kr	168 kr	189 kr	316 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb 2 325 000 kr	210 kr	237 kr	395 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Barnskyddet uppgår till 2 pbb. Livförsäkringsbeloppet avtrappas från 60 år, se villkor</i>					
Olycksfallsförsäkring invaliditetstillägg - medlem	16 - 67 år				
22 pbb 1 023 000 kr		42 kr		<input type="checkbox"/>	
Olycksfallsförsäkring - medförsäkrad	16 - 67 år				
22 pbb 1 023 000 kr		42 kr			<input type="checkbox"/>
44 pbb 2 046 000 kr		78 kr			<input type="checkbox"/>
Sjukförsäkring 36 månader ink diagnoskapital	16 - 39 år	40 - 54 år	55 - 67 år		
Skattefri ersättning kr/månad					
1 500 kr	45 kr	55 kr	69 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 500 kr	75 kr	92 kr	116 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 500 kr	105 kr	129 kr	162 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maximal utbetalningstid 36 månader, diagnoskapital 1 pbb utbetalas vid vissa diagnoser enligt villkor</i>					
Barn- och ungdomsförsäkring	Ett barn	Flera barn	Ett barn	Flera barn	
22 pbb 1 023 000 kr	123 kr	190 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33 pbb 1 534 500 kr	184 kr	284 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44 pbb 2 046 000 kr	245 kr	379 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Kan tecknas som längst fram till barnet fyller 20 år och gäller som längst till 25 år</i>					
Sjukvårdsförsäkring	16 - 31 år	32 - 39 år	40 - 54 år	55 - 67 år	
PrivatAccess Silver med 500 kr självrisk	279 kr	321 kr	520 kr	624 kr	<input type="checkbox"/>
	- 25 år				
PrivatAccess Silver med 500 kr självrisk – flera barn	428 kr				<input type="checkbox"/>
<i>Kan tecknas som längst fram till barnet fyller 20 år och gäller som längst till 25 år</i>					

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB
Fullständiga villkor finns på www.polisforbundet.se/forsakringar

Din personliga integritet är viktig för oss och våra samarbetspartners. För att du ska vara trygg med att vi värnar din integritet har vi sammanställt information om hur vi och försäkringsbolagen behandlar dina personuppgifter. Läs mer på våra hemsidor: soderbergpartners.se/personuppgifter/, euroaccident.se/Om-oss/GDPR/

Kontakta oss gärna om du har frågor: Polisförbundet Försäkring 08-676 97 00 alt. forsakringar@polisforbundet.se

Ansökan skickas till: Polisförbundet Försäkring, c/o Söderberg & Partners, Box 31, 851 02 Sundsvall

Försäkrad/Gruppmedlem Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
Telefon	E-post

» Hälsfrågor för gruppmedlem och medförsäkrad

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer 23 frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Om du inte är fullt arbetsför kan du ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Du behöver bara svara på fråga 1 – Är du fullt arbetsför, samt skriva under hälsodeklarationen, om:

- du som medlem söker de kostnadsfria försäkringarna inom 3 månader från det du blivit medlem i Polisförbundet.
- du som medlem enbart söker olycksfallsförsäkring – invaliditetstillägg, barnförsäkring eller sjukvårdsförsäkring, oavsett när du blev medlem i Polisförbundet.
- du som medförsäkrad enbart söker olycksfallsförsäkring eller sjukvårdsförsäkring.

» Fullt arbetsför

1. 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 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Allmänt

3. Längd och vikt?	cm	kg
4. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller i övrigt anlitat läkare, eller annan vårdgivare, t ex sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast och naprapat med anledning av sjukdom, symptom eller skada som rör någon av nedanstående sjukdomar/symptom/besvär? Om du svarar Ja på någon av frågorna 5–22, ber vi dig fylla i kompletterande uppgifter till hälsodeklarationen.

5. Allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Sköldkörtelbesvär/struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Ögonsjukdom, synnedsättning, öronsjukdom och/eller tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Besvär/sjukdom Om Ja, markera nedan <input type="checkbox"/> rygg <input type="checkbox"/> nacke <input type="checkbox"/> axlar <input type="checkbox"/> skuldror <input type="checkbox"/> armar <input type="checkbox"/> höfter <input type="checkbox"/> ben <input type="checkbox"/> knän <input type="checkbox"/> fötter <input type="checkbox"/> händer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. Kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. Förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. Besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

17. Propp/blödning i hjärnan och/eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. Epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symptom och/ellersjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. Tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. Andra besvär, symptom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 5-19?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Använder du något läkemedel (receptbelagt eller icke receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

<p>23. Har du någon gång haft eller finns det misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel. Ange även syn- och hörsselfel. Vid när- eller översynthet, ange dioptritalet.</p> <p>Om Ja, ange vad och lämna kompletterande uppgifter på nästa sida.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Polisförbundet Försäkring 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. 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 (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande

Handlingarna skickas till: Polisförbundet Försäkring, c/o Söderberg & Partners, Box 31, 851 02 Sundsvall

Kompletterande uppgifter till Hälsodeklaration

Kompletterande uppgifter till fråga nr:

Försäkrad/Gruppmedlem Medförsäkrad

» Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

» Kompletterande uppgifter

1. Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		
2a. Namnge symptomen/sjukdomen. Diagnos?		
2b. Beskriv besvären/symptomen med egna ord:		
2c. Vad är orsaken till besvären/symptomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterade)?		
3a. När debuterade symptomen/sjukdomen, skadan eller handikappet? År Månad	3b. Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när hade du besvär? År Månad	
3c. Vilken behandling/undersökning har du fått?		
3d. När behandlades du för de aktuella symptomen, den aktuella sjukdomen eller skadan senast? År Månad		
3e. Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , av vilket slag?	
4a. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när blev du symptomfri? År Månad	4b. Om du inte är symptomfri, vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?	
5. Ange namn och fullständig mottagningsadress till de vårdgivare du anlitat under de senaste 3 åren:	För vilken orsak/diagnos?	När anlidade du vårdgivaren senast? Ange datum nedan:
6. Ange diagnos och sjukskrivningsperiod så noggrant som möjligt.	Fr. o. m	T. o. m
7. Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare:		

» Underskrift

Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Underskrift	Namnförtydligande