

# Ansökan

Gruppförsäkring

- Ny ansökan  
 Höjning / utökning

Skickas till  
Trygg-Hansa  
Care Kundsupport  
106 26 Stockholm

**TRYGG HANSA**

Ankomstdatum

Var noga med att skriva inom fälten, eftersom blanketten skannas in.

Personnummer gruppledmedlem (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nr	Namn på gruppledmedlem (var god och texta)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon bostad (inkl. riktnummer)	Telefon arbete (inkl. riktnummer)		
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>		
E-postadress			
<input type="text"/>			
Personnummer medförsäkrad (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nr	Namn på medförsäkrad (var god och texta)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Gruppväntalsnummer och förbundets namn		Medlem fr o m (ÅÅÅÅMMDD)	
<b>10 Finansförbundet</b>		<input type="text"/>	

## Gruppförsäkringsplan med ansökan, gäller från 2019.

Kryssa i dina val för gruppledmedlem (GM) respektive medförsäkrad (MF)

	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person				GM	MF			
		18-35 år	36-45 år	46-55 år	56-67 år					
<b>Livförsäkring</b>	250 000 kr	33 kr	43 kr	53 kr	63 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Barntillägg ingår.	400 000 kr	50 kr	65 kr	80 kr	95 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inträdesålder: 18-66 år.	600 000 kr	72 kr	94 kr	116 kr	137 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	800 000 kr	95 kr	123 kr	151 kr	179 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1 000 000 kr	117 kr	152 kr	187 kr	222 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1 200 000 kr	139 kr	181 kr	223 kr	264 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	1 500 000 kr	173 kr	224 kr	276 kr	328 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Sjukkapital</b>	120 300 kr	10 kr	14 kr	19 kr	24 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Försäkringsbeloppet uppräknas med KPI.	239 800 kr	19 kr	28 kr	37 kr	47 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Försäkringsbeloppet sänks till 75 % det år du fyller 41 år, respektive 50 % det år du fyller 51 år.	360 000 kr	28 kr	42 kr	56 kr	70 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	480 200 kr	37 kr	56 kr	74 kr	93 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	600 400 kr	47 kr	70 kr	93 kr	116 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inträdesålder: 18-59 år.										
<b>Sjukförsäkring</b>	1 000 kr/månad	7 kr	13 kr	20 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Månadslön: 10 000-19 999 kr	2 000 kr/månad	13 kr	26 kr	39 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Månadslön: 20 000-25 999 kr	3 000 kr/månad	20 kr	39 kr	58 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Månadslön: 26 000- kr	4 000 kr/månad	26 kr	52 kr	77 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inträdesålder: 18-66 år.	5 000 kr/månad	32 kr	64 kr	96 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Händelseförsäkring</b>	Månadspremie/ person 50 000 kr	GM	MF	Månadspremie/ person 100 000 kr	GM	MF	Månadspremie/ person 150 000 kr	GM	MF	
Försäkringsbeloppet sänks till 75 %										
det år du fyller 50 år.	18-29 år	9 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30-34 år	10 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35-39 år	14 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40-44 år	20 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	45-49 år	29 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50-54 år	39 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	55-59 år	55 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	166 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	60-67 år	77 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	230 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedömning GM <input type="checkbox"/> Sjukkap <input type="checkbox"/> Sjukförs <input type="checkbox"/> Sjukvård	<input type="checkbox"/> Liv <input type="checkbox"/> Händelseförs	Bedömning MF <input type="checkbox"/> Sjukkap <input type="checkbox"/> Sjukvård	<input type="checkbox"/> Liv <input type="checkbox"/> Händelseförs	Riskbedömarens stämpel (datum och namn)
--	---	---	---	---

C00531 1812

Frågor? Ring oss gärna på 0771-111 653.

Isamarbete med

**finans förbundet**

## Gruppförsäkringsplan med ansökan, gäller från 2019.

Kryssa i dina val för gruppmedlem (GM)  
respektive medförsäkrad (MF)

### Olycksfall

	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person		GM	MF
Invaliditet	1 440 400 kr	18-67 år	55 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 045 400 kr	18-67 år	72 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinsk invaliditet	enligt ovan valt belopp				
Ekonomisk invaliditet	enligt ovan valt belopp				
Läke-, tandskade- och resekostnader	ingår				
Merkostnader	ingår				
Hjälpmedel	max 50 000 kr				
Årr	enligt tabell				
Sveda och värk	ingår				
Kristerapi	max 10 behandlingstimmar				
Dödsfall p g a olycksfall	50 000 kr				

Gäller dygnet runt.

Försäkringsbeloppet räknas upp med KPI.

Inträdesålder: 18-66 år.

### Barnförsäkring mer information på sidan 3

	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person		GM	MF
Omfattning vid sjukdom och olycksfall:					
Invaliditet	1 440 400 kr	Till 25 år	111 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 045 400 kr	Till 25 år	139 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinsk invaliditet	enligt ovan valt belopp				
Ekonomisk invaliditet	enligt ovan valt belopp				
Händelseförsäkring	10 % av försäkringsbeloppet för invaliditet				
Vårdersättning till 19 år	max 40 000 kr/år i max 3 år				
Sjukhusvistelse (7 dagars karens)	100 kr/dag i max 180 dagar				
Årr	enligt tabell				
Kristerapi	max 10 behandlingstimmar				
Dödsfall	50 000 kr				

#### Ytterligare omfattning vid olycksfall:

Läke-, tandskade- och resekostnader	ingår
Merkostnader	ingår
Hjälpmedel	max 50 000 kr

Försäkringsbeloppet räknas upp med KPI.

En premie per försäkrads barn, oavsett antal barn.

Gäller dygnet runt.

Senast inträdesålder: 24 år.

För att Trygg-Hansa ska kunna erbjuda Fortsättningsförsäkring på Barnförsäkringen, behövs barnets personnummer på sidan 3.

### Sjukvård Grund

	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person				GM	MF
		18-35 år	36-45 år	46-55 år	56-67 år		
Omfattning vid sjukdom och olycksfall:							
Privat vård		152 kr	197 kr	212 kr	227 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Läkarvård	ingår						
- Operation och sjukhusvård	ingår						
- Annan behandling	max 10 behandlingstillfällen						
- Eftervård	ingår						
- Second opinion	ingår						
- Kristerapi	max 10 behandlingstillfällen						
- Hjälpmedel	max 50 000 kr						
Resor och logi	ingår						
Vårdgaranti	1 500 kr/dygn						
Sjukvårdsplanering	ingår						
Sjukvårdsrådgivning	ingår						
Självrisk	500 kr per skadetillfälle						

All privat vård ska förmedlas genom Trygg-Hansas Vårdplanering.

Inträdesålder: 18-66 år

Premiefrielse ingår, gäller ej Sjukvård

## Hälsodeklaration om inget annat anges ska all vård, behandling, undersökning eller kontroll uppges

För att kunna ansöka om Grupp försäkring ska du besvara följande hälsofrågor. Ett minsta grundkrav för att få teckna eller utöka Grupp försäkringen är att du är fullt arbetsför. För att kunna räknas som fullt arbetsför ska den person som ansöker om försäkring • kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan begränsningar • inte ta emot eller ha rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionsnedsättning eller ha vilande sådan ersättning • inte ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter varit fullt arbetsför i minst 30 dagar.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
1. Är du fullt arbetsför (se förklaring ovan)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Om ansökan enbart avser Olycksfallsförsäkring räcker det att du besvarar fråga 1 i hälsodeklarationen</b>		
2. a) Har du någon sjukdom, skada eller kroppsfel? (Gäller även syn- och hörsel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b) Vid närsynthet, är dioptritalet -8,0 eller mer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Kontrolleras eller behandlas du för pågående eller tidigare sjukdom, skada eller kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Använder du någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har du under de senaste 5 åren behandlats, kontrollerats eller undersökts hos läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning? (Gäller även psykolog, kiropraktor, naprapat, sjukgymnast etc.).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har du under de senaste 5 åren varit helt eller delvis sjukskriven i mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Ange din längd och vikt.	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
9. Har du ansökt om Grupp försäkring tidigare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen. Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna 2-6 ska du lämna kompletterande uppgifter:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vilken sjukdom, skada eller kroppsfel det gäller.</li> <li>• Tidpunkten för insjuknandet/skadan. Sedan när är du symtomfri? Vilka eventuella kvarstående besvär har du?</li> <li>• Under vilka tider har du varit sjukskriven, orsak till sjukskrivningen samt vilken läkare (namn och <b>fullständig</b> mottagningsadress) eller sjukhus/sjukvårdsinrättning (klinik och avdelning) du har anlitat.</li> <li>• Om du använder någon receptbelagd medicin, ange namnet på den och orsaken till medicinering.</li> <li>• Om du har varit på hälsokontroll, resultatet av denna undersökning.</li> </ul>		
<b>Kompletterande uppgifter om hälsotillstånd (skriv på separat papper vid behov)</b>		
Gruppmedlem	Medförsäkrad	
Fråga nr	Fråga nr	

## Vid ansökan om Barnförsäkring – sjuk & olycksfall

- Gruppmedlem försäkrar samtliga sina arvsberättigade barn. Även medförsäkrads arvsberättigade barn försäkras av gruppmedlem om de är folkbokförda på gruppmedlemmens adress. Premien för gruppmedlem gäller oavsett antal barn.
- Medförsäkrad kan endast försäkra sina arvsberättigade barn som är folkbokförda på annan adress än gruppmedlemmen. Premien för medförsäkrad gäller oavsett antal barn.

## Har du ansökt om Barnförsäkring, uppge namn och personnummer för barn(en)

Gruppmedlems barn	Medförsäkrads barn
Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>
Namn <input type="text"/>	Namn <input type="text"/>
Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>
Namn <input type="text"/>	Namn <input type="text"/>
Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) <input type="text"/>
Namn <input type="text"/>	Namn <input type="text"/>

## Ange hur du vill betala premien

<b>Månadsbetalning via autogiro</b>		
<input type="checkbox"/> Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto.		
Kontohavarens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nr	Kontohavarens efternamn och förnamn (var god och texta)	
<input type="text"/>		
Bankens namn och ort		
Clearingnummer (fyra siffror)	Bankkontonummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Personkontonummer	Postgironummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Trygg-Hansa kontonummer finns för månadsdragning, nummer		
<input type="text"/>		
Datum (ÅÅMMDD)	Ort	Kontohavarens namnteckning
<input type="text"/>		
<b>Inbetalningskort</b>		
<input type="checkbox"/> Tertial (fyra månader) <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Helår		

### Förmånstagare för Grupplivförsäkring (gäller automatiskt från inträdet i försäkringen). Dödsfallsersättning från Olycksfallsförsäkring respektive Barnförsäkring betalas ut till den försäkrades dödsbo, om inte den försäkrade har anmält särskilt förordnande till Trygg-Hansa

Förmånstagarförordnandet anger vem ersättningen ska utbetalas till vid dödsfall. Förmånstagare är, om inte annat anmälts, i nedan angiven ordning:

**För gruppmedlems försäkring**

- a) make/maka, registrerad partner eller sambo  
b) gruppmedlems arvingar

**För medförsäkrads försäkring**

- a) gruppmedlem  
b) medförsäkrads arvingar

Förmånstagare enligt a) kan helt eller delvis avstå från sin rätt till förmån för förmånstagare enligt b)

Överensstämmer inte vidstående förordnande med dina önskemål kan du när som helst ändra förordnandet. Sådan ändring måste, för att gälla, ske skriftligt till Trygg-Hansa, och kan inte göras eller ändras genom testamente.

Jag önskar få blankett för att ändra förmånstagarförordnande

För fullständiga villkor, ring oss på 0771-111 653

### Underskrift ansökan ska vara hos Trygg-Hansa senast 14 dagar efter underskrift

De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig och försäkrar att de uppgifter jag har lämnat är riktiga.

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Ort
<input type="text"/>	
Gruppmedlemmens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nr	Gruppmedlemmens underskrift
<input type="text"/>	
Medförsäkrads personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nr	Medförsäkrads underskrift
<input type="text"/>	
Anställningsnummer, säljare	
<input type="text"/>	

### Så behandlar vi dina personuppgifter

Trygg-Hansa Försäkring filial är personuppgiftsansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Personuppgifterna kan innehålla information om din hälsa och fackliga tillhörighet. Vi behandlar dina personuppgifter för att administrera din försäkring, till exempel för att kunna beräkna premier, betala ut

ersättning om du drabbas av en skada samt göra analyser och beräkningar på statistiskt material. Läs gärna hela vår "Information om behandling av personuppgifter" på [trygghansa.se/personuppgifter](http://trygghansa.se/personuppgifter). Där kan du bland annat se vilka uppgifter vi använder för vilka ändamål, vilka parter vi delar dina uppgifter

med och vilka rättigheter du har gällande dina personuppgifter. Om du inte har tillgång till internet kan du ringa vår kundservice på 0771-111 110 för att få informationen. Du är alltid välkommen att kontakta vårt dataskyddsbud om du har frågor eller vill ha hjälp. Skriv till [dpo@trygghansa.se](mailto:dpo@trygghansa.se).

