

Ansökan gruppförsäkring

Skickas till:
Trygg-Hansa
Care Kundsupport
106 26 Stockholm

TRYGG HANSA

- Ny ansökan
 Höjning / utökning

Ankomstdatum

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

Personnummer gruppp medlem (GM) (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nnnn	Namn på gruppp medlem (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"/>	<input type="text"/>	
Personnummer medförsäkrad (MF) (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nnnn	Namn på medförsäkrad (var god och texta)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gruppvavtalsnummer Svenska Taxiförbundet	Anställd fr o m (ÅÅÅÅMMDD)	
<input type="text"/> 4 9 1 8 0	<input type="text"/>	

Gruppförsäkringsplan med ansökan, gäller från 2020.

Kryssa i dina val för gruppp medlem (GM)
respektive medförsäkrad (MF)

	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person	GM	MF
Livförsäkring	300 000 kr	84 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barntillägg ingår.	500 000 kr	140 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inträdesålder: 18-66 år.				
Sjukkapital*	213 700 kr	41 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringsbeloppet räknas upp med KPI.	427 400 kr	83 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringsbeloppet sänks med 5 %-enheter årligen från och med det år du fyller 56 år. Inträdesålder: 18-57 år.				
Sjukförsäkring*				
Månadslön: 10 000 - 19 999 kr	1 000 kr/månad	24 kr	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 20 000 - 25 999 kr	2 000 kr/månad	48 kr	<input type="checkbox"/>	
Månadslön: 26 000 eller mer	3 000 kr/månad	72 kr	<input type="checkbox"/>	
Inträdesålder: 18-66 år.				
Händelseförsäkring				
Beloppet betalas ut om någon av de 20 diagnoserna drabbar den försäkrade och blir diagnostiserad.	50 000 kr 100 000 kr	28 kr 54 kr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inträdesålder: 18-66 år.				
* Kan endast tecknas i kombination med olycksfallsförsäkring eller livförsäkring.				

Bedömning GM	Bedömning MF	Försäkringsmedicinsk utredning stämpel (datum och namn)
<input type="checkbox"/> Sjukkap <input type="checkbox"/> Sjukförs <input type="checkbox"/> Händelse <input type="checkbox"/> Liv	<input type="checkbox"/> Sjukkap <input type="checkbox"/> Händelse <input type="checkbox"/> Liv	

CO2112 1912

Frågor? Ring oss gärna på 0771-111 740.

I samarbete med



Gruppförsäkringsplan med ansökan, gäller från 2020.

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

Olycksfall Heltid	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person	GM	MF
Invaliditet	961 500 kr	46 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 behandlingstillfällen			
Dödsfall p g a olycksfall	50 000 kr			

Försäkringsbeloppet räknas upp med KPI. Försäkringsbeloppet sänks med 5 %-enheter årligen från och med det år du fyller 56 år. Gäller dygnet runt.
Inträdesålder: 18-66 år.

Barnförsäkring mer information på sidan 3	Försäkringsbelopp	Månadspremie/person	GM	MF
Invaliditet	1 388 900 kr	Till 25 år 90 kr*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omfattning vid sjukdom och olycksfall:

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 behandlingstillfällen
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, oavsett antal barn. Gäller dygnet runt.

När du ansöker om Barnförsäkringen, behövs barnets namn och personnummer på sidan 3.
Senaste inträdesålder: 24 år.

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

För att kunna ansöka om Gruppförsäkring ska du besvara följande hälsofrågor. Ett minsta grundkrav för att få teckna eller utöka Gruppförsäkringen 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
Om ansökan enbart avser Olycksfallsförsäkring räcker det med att enbart besvara fråga 1 i hälsodeklarationen		
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 dioptriet -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 längd och vikt.	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
9. Har du ansökt om Gruppförsäkring 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. Har du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-6 ska du lämna kompletterande uppgifter:		
<ul style="list-style-type: none"> • Vilken sjukdom, skada eller kroppsfel det gäller. • Tidpunkt för insjuknandet/skada. Sedan när är du symtomfri? Vilka eventuella kvarstående besvär har du? • Under vilka tider har du varit sjukskriven, orsaken till sjukskrivning samt vilken läkare (namn och fullständig mottagningsadress) eller sjukhus/sjukvårdsinrättning (klinik och avdelning) du har anlitat. • Om du använder någon receptbelagd medicin, ange namnet på den och orsaken till medicinering. • Om du har varit på hälsokontroll, resultatet av denna undersökning. 		
Kompletterande uppgifter om hälsotillstånd (skriv på separat papper vid behov)		
Gruppmedlem	Medförsäkrad	
Fråga nr	Fråga nr	Fråga nr

Vid ansökan om Barnförsäkring – sjuk & olycksfall

- Gruppmedlem försäkras samtliga 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

Månadsbetalning via autogiro		
<input type="checkbox"/> Jag medger att Trygg-Hansa automatiskt får föra över betalningarna från mitt konto.		
Kontohavarens personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nnnn		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"/>		
Inbetalningskort		
<input type="checkbox"/> Tertian (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 till vem ersättningen ska utbetalas till vid dödsfall. Förmånstagare är, om inte annat anmälts, i nedan angiven ordning:	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.
För gruppledlems försäkring a) make/maka, registrerad partner eller sambo b) gruppledlems arvingar	För medförsäkrads försäkring a) grupplem b) medförsäkrads arvingar
Förmånstagare enligt a) kan helt eller delvis avstå från sin rätt till förmån för förmånstagare enligt b)	
<input type="checkbox"/> Jag önskar få blankett för att ändra förmånstagarförordnande	

För fullständiga villkor, ring oss på 0771-111 740.

Underskrift för ansökan 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 försäkras att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Ort
<input type="text"/>	
Gruppledlems personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NNNN) år mån dag nnnn	Gruppledlems 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. 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.