

# Ansökan grupp försäkring Willis Open Mäklarsamfundet 2010

Nyanställd  Höjning/sänkning av nivå  Komplettering med ny försäkring  Avsluta en försäkring

Arbetsgivare	Telefon arbetet	Telefon bostaden	Anställningsdatum
Anställds namn (gruppmedlem)		Make/maka, reg. partner/sambos namn (medförsäkrad)	
Personnummer gruppmedlem	Anställningsnummer	Personnummer medförsäkrad	
Adress		Postnummer	Ort

**Förskydd** – Om du är nyanställd har du rätt till kostnadsfritt försäkringsskydd enligt skuggad fetmarkering i 30 dagar räknat från ditt anställningsdatum. Glöm inte att ange det datum då din anställning började.

Jag önskar fortsatt försäkringsskydd i ytterligare 60 dagar för mig enligt valen på denna ansökan. Efter denna tid medger jag att premien får dras på min lön. Söker du fler/mer försäkring för dig själv eller eventuell medförsäkrad eller barn, är även de momenten kostnadsfria under samma period. Tillvalen gäller under förutsättning att försäkringsbolaget beviljar hälsodeklarationen.

Försäkring och belopp		Månadspremie		Anslutning för	
Prisbasbeloppet (pbb) 2010: 42 400 kr				Mig själv	Make/sambo
<b>1</b>	<b>Livförsäkring (dödsfallskapital)</b>	<b>-35 år</b>	<b>36-65 år</b>		
Avtal	6 pbb	23 kr	40 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200020	<b>10 pbb</b> • Dödsfallsbeloppen sänks inte p g a ålder	<b>39 kr</b>	<b>68 kr</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	57 kr	101 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	76 kr	135 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25 pbb	96 kr	168 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	115 kr	201 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	153 kr	269 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<b>Fristående förtidskapital</b>	<b>-35 år</b>	<b>36-65 år</b>		
Avtal	6 pbb • Förtidskapitalen reduceras från 40 års ålder	17 kr	31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200020	10 pbb	28 kr	49 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb	41 kr	75 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 pbb	56 kr	100 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25 pbb	69 kr	125 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 pbb	83 kr	149 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 pbb	111 kr	200 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>Sjuk- och Olycksfallsförsäkring heltid</b>	<b>-35 år</b>	<b>36-65 år</b>		
Avtal	<b>Invaliditetsbelopp högst 20 pbb</b>	<b>56 kr</b>	<b>112 kr</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200020	Invaliditetsbelopp högst 30 pbb	84 kr	168 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 40 pbb	128 kr	224 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 50 pbb	140 kr	280 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Olycksfallsförsäkring heltid</b>		<b>-65 år</b>		
Avtal	Invaliditetsbelopp högst 20 pbb		31 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200020	Invaliditetsbelopp högst 30 pbb		47 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 40 pbb		61 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Invaliditetsbelopp högst 50 pbb		77 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Barnförsäkring</b>		<b>-25 år</b>	<b>Oavsett antal barn</b>	
Avtal	Invaliditetsbelopp högst 30 pbb		64 kr	<input type="checkbox"/>	
200020	Invaliditetsbelopp högst 40 pbb		85 kr	<input type="checkbox"/>	
	Invaliditetsbelopp högst 50 pbb		107 kr	<input type="checkbox"/>	
<b>6</b>	<b>Lång Sjukförsäkring – skattefri. 3 mån karen. Utbetalas längst tom 65 års ålder</b>		<b>-65 år</b>		
Avtal	<b>Månadslön kr</b>	<b>Skattefritt försäkringsbelopp per månad</b>			
200020	-	<b>14 499 kr</b>	<b>700 kr</b>	<b>31 kr</b>	<input type="checkbox"/>
	14 500 kr	26 999 kr	1 400 kr	61 kr	<input type="checkbox"/>
	27 000 kr	39 999 kr	2 100 kr	93 kr	<input type="checkbox"/>
	40 000 kr	49 999 kr	2 800 kr	124 kr	<input type="checkbox"/>
	50 000 kr	-	3 500 kr	155 kr	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>Kritisk sjukdom</b>		<b>-65 år</b>		
Avtal	5 pbb		72 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200020	10 pbb		144 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 pbb		216 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Försäkringsgivare till avtal 200020 är Nordeuropa Försäkring AB

Har du frågor ring gärna Willis Grupp försäkring på telefon 08-5463 59 20 alternativt maila till [gruppliv@willis.com](mailto:gruppliv@willis.com).  
**Ansökan skickas till Willis Grupp försäkring, Box 7273, 103 89 Stockholm**

# HÄLSODEKLARATION

Som **anställd gruppledmedlem** behöver du besvara enbart fråga 1 om:

- du är nyanställd (ej fyllda 60 år) och ansöker om de på framsidan skuggade och fetmarkerade försäkringarna inom 3 månader från anställningsdatum.
- du ansöker om Olycksfallsförsäkring och Barnförsäkring

Som **anställd gruppledmedlem** behöver du **besvara alla frågorna** om:

- du ansöker om försäkring efter 3 månader från anställningsdatum; eller
- du ansöker om högre belopp än det som är skuggade och fetmarkerade; eller
- du ansöker om övriga produkter som inte är skuggade och fetmarkerade, med undantag för Olycksfallsförsäkring och Barnförsäkring, eller
- du har fyllt 60 år vid tillfället för ansökan

**Om du söker försäkring som medförsäkrad make, maka, registrerad partner eller sambo måste du besvara alla frågorna.**

**OBS! Försäkringarna innehåller villkor och begränsningar för ersättningarna. Det är viktigt att du läser informationsbladet om försäkringarna innan du ansöker och att du granskar alla villkor och begränsningar som kan ha betydelse för dig.**

Hälsöfrågor	Gruppledmedlem	Medförsäkrad
<b>1. Är du fullt arbetsför?</b> 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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>2. Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>3. Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel?</b> (Syn- eller hörsselfel anges under H nedan.)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>4. Har Du under de senaste 5 åren</b> a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? b) varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ  <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ  <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>5. Ange din längd i cm och vikt i kg utan skor och kläder</b>	CM KG	CM KG
<b>6. Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Om "Ja": Ange när och var samt resultat.</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>7. Använder Du någon receptbelagd medicin?</b> Om "Ja": Vilken/vilka? _____ Dosering? _____ Receptskrivande läkare _____ Anledning? _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>8. Har Du eller har haft handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning?</b> Om "Ja": Vilken/Vilka? _____ Fr.o.m. – t o m _____ Orsak? _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>9. Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning?</b> Om "Ja": På vilket sätt? _____ Sedan när? _____ Orsak? _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>10. Har Du någon gång i annat livförsäkringsbolag ansökt om livförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? Om "Ja": Vilket försäkringsbolag?</b>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>11. Röker Du regelbundet?</b> Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<b>12. Besvaras av den som inte fyllt 20 år:</b> Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? Om "Ja", vilken utbildning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

**Om Du svarat "Ja" på någon av frågorna 3, 4 eller 5, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A – I nedan.**

**Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.**

	Gruppledmedlem	Medförsäkrad
<b>A</b> Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?		
<b>B</b> Under vilka tider var Du sjuk?		
<b>C</b> När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?		
<b>D</b> Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc)		
<b>E</b> Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc)		
<b>F</b> Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?		
<b>G</b> Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?		
<b>H</b> Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptrietal. Är Ni tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.		
<b>I</b> Vilken försäkringskassa tillhör Du?		

## UNDERSKRIFT OCH FULLMAKT

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i gruppförsäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos Willis, under förutsättning att försäkring kan beviljas på normala grunder. Jag är medveten om att oiktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdanstalt, allmän försäkringskassa, annan myndighet eller annan försäkringsinrättning får lämna de upplysningar som Nordeuropa Försäkring AB som företrädare försäkringsgivarna Brit Insurance Ltd, Watkins Lloyds syndikat 457 och Kiln Lloyds syndikat 308 och/eller dess samarbetspartners Crawford & Company (Sweden) AB, Willis samt Certico AB Vårdplanering anses sig behöva. Detta för att handlägga denna försäkringsansökan, bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden.

**Barnförsäkring** - Jag som tecknar barnförsäkring är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för följder av sjukdomar, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning eller för följder av olycksfallsskada som inträffat innan försäkringsgivarens ansvarighet inträtt.

<b>Jag har tagit del av tillhörande produktinformation</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ort, datum</b>	<b>Underskrift av gruppledmedlem</b>	<b>Underskrift av medförsäkrad</b>
---	-------------------	--------------------------------------	------------------------------------



## Autogiroanmälan till betalning genom bank- eller personkonto

<b>Betalningsmottagare</b> Willis Open via Willis Gruppforsäkring Box 7273 103 89 Stockholm Telefon: 08-5463 59 20  <b>BANKGIRO: 5578-9515</b>
---

Medgivandeblanketten sänds till ovanstående adress.

<b>Betalare (Obligatoriska uppgifter)</b> Namn och fullständig adress
<b>Kontoinnehavarens personnr (10 siffror)</b>
<b>Kontoinnehavarens bank</b>
<b>Clearingnummer* + Kontonummer</b>

<b>Annan betalare (Namn)</b>	<b>Personnr/Organisationsnr</b>

*Om Du använder annan persons konto eller gemensamt konto vilket Du inte själv är huvudkontohavare till. Vänligen ange kontohavarens namn och personnummer nedan*

<b>Orsak till autogiro</b>

<b>Första betalning fr.o.m. månad</b>

### Regler för överföring via autogiro

Jag, nedan benämnd betalaren, medger att uttag får göras från mitt angivna bankkonto på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning via Autogiro. Kontoförande bank är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt kontoförande banks regler. Meddelande om uttag får betalaren från kontoförande bank. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto i kontoförande bank eller till konto i annan bank.

För uttag gäller dessutom följande:

### Godkännande/information i förväg

Betalningsmottagaren får begära uttag från betalarens konto på förfallodagen

- om betalaren senast åtta vardagar före förfallodagen fått meddelande om belopp, förfallodag och betalningssätt.

- om betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst.

### Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att tillräckligt stort belopp finns på kontot för betalning på förfallodagen. Om kontobehållningen inte räcker för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande vardagarna\*\*, som får omfatta högst en vecka. Information om antalet uttagsförsök lämnas av betalningsmottagaren.

### Betalarens underskrift

*Jag har tagit del av och godkänner villkoren för Autogiro.*

<b>Underskrift försäkringstagaren</b>	<b>Datum</b>	<b>Telefonnr.</b>
<b>Underskrift annan betalare</b>	<b>Datum</b>	<b>Telefonnr.</b>

### Stopp av uttag

Betalaren kan stoppa

- ett enskilt uttag genom att kontakta betalningsmottagaren senast två vardagar före förfallodagen.

- alla uttag avseende medgivande genom att kontakta banken senast två vardagar före förfallodagen.

### Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivande gäller tills vidare. Om betalaren vill återkalla medgivandet gör betalaren det genom att kontakta kontoförande bank eller betalningsmottagaren. Medgivandet upphör senast fem vardagar efter att återkallelsen kommit kontoförande bank eller betalningsmottagare tillhanda.

### Rätten för kontoförande bank och betalningsmottagaren att avsluta anslutningen till Autogiro

Kontoförande bank och betalningsmottagaren har rätt att avsluta anslutningen till Autogiro trettio dagar efter det att kontoförande bank/betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Kontoförande bank och 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 avslutats.

\*\* Med vardag avses inte söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton.

\*Clearingnummer är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror e.x 8327-9 XXXXX. Utelämnas då den femte siffran, i detta fall 9. Handelsbankens siffror ska alltid börja med 6 (hittar du inte det ange 6000). Har Du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnr.