



1 pbb 2018 = 45 500 kr

-  Gruppmedlem (Medlem)
-  Medförsäkrad (Make/maka/sambo)



# BRANDMANNEN

## ANSÖKAN FRIVILLIG GRUPPFÖRSÄKRING

Ansökan avser:  Nya försäkring  Ändring  Komplettering  Avslut (se ruta nedan)

Rekommenderat försäkringsskydd (Pris/mån baserat på ålder och lönenivå. Beloppsnivåer återfinns under respektive försäkring)

	Profil- beteckning	Familje- situation		-39 år	40-54 år	55-65 år	Anslutning önskas
<b>BASSKYDD 1 (B1)</b>			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	77 kr	138 kr	169 kr	<input type="checkbox"/>
<b>BASSKYDD 2 (B2)</b>			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	198 kr	281 kr	358 kr	<input type="checkbox"/>
<b>BASSKYDD 3 (B3)</b>			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	199 kr	347 kr	493 kr	<input type="checkbox"/>
<b>BASSKYDD 4 (B4)</b>			<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	286 kr	434 kr	580 kr	<input type="checkbox"/>

För- och efterköpsinformation samt allmän information om de olika försäkringsprodukterna finner du på <https://groupcompany.soderbergpartners.se>. Användarnamn är **Brandman** och lösenord är **br252s**. Du kan även kontakta din gruppföreträdare alternativt Söderberg & Partners på 036-580 15 80 eller [gruppforsakring@soderbergpartners.se](mailto:gruppforsakring@soderbergpartners.se).

Ansökan skickas till S&P Administration AB/Grupp Box 31, 851 02 Sundsvall

### LIVFÖRSÄKRING

Ersättningsnivå	-39 år	40-54 år	55-67 år	
5 pbb = 227 500 kr	17 kr	28 kr	51 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 10 pbb = 455 000 kr (B2,B3,B4)	34 kr	56 kr	102 kr	<input type="checkbox"/>
120739 15 pbb = 682 500 kr	51 kr	85 kr	152 kr	<input type="checkbox"/>
20 pbb = 910 000 kr	68 kr	113 kr	203 kr	<input type="checkbox"/>
30 pbb = 1 365 000 kr	102 kr	169 kr	305 kr	<input type="checkbox"/>
40 pbb = 1 820 000 kr	135 kr	226 kr	406 kr	<input type="checkbox"/>
50 pbb = 2 275 000 kr	169 kr	282 kr	508 kr	<input type="checkbox"/>

### SJUK- OCH OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING

Ersättningsnivå	-39 år	40-54 år	55-67 år	
20 pbb = 910 000 kr (B1,B2,B3,B4)	54 kr	96 kr	120 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 30 pbb = 1 365 000 kr	81 kr	144 kr	180 kr	<input type="checkbox"/>
400344 40 pbb = 1 820 000 kr	108 kr	192 kr	240 kr	<input type="checkbox"/>
50 pbb = 2 275 000 kr	135 kr	240 kr	301 kr	<input type="checkbox"/>

### INKOMSTFÖRSTÄRKNING vid sjukskrivning

Månadslön kr	Skattefri ersättn./mån	-39 år	40-54 år	55-65 år	
upp till 14 999 kr	500 kr	4 kr	7 kr	12 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 15 000-19 999	1 000 kr (B1,B2,B3,B4)*	6 kr	13 kr	24 kr	<input type="checkbox"/>
494609-140 19 999-24 999 kr	1 500 kr	10 kr	20 kr	37 kr	<input type="checkbox"/>
25 000-31 999 kr	2 000 kr	12 kr	28 kr	49 kr	<input type="checkbox"/>
32 000-37 999 kr	2 500 kr	16 kr	33 kr	60 kr	<input type="checkbox"/>
38 000-43 999	3 000 kr	18 kr	40 kr	72 kr	<input type="checkbox"/>
44 000-49 999	3 500 kr	22 kr	46 kr	84 kr	<input type="checkbox"/>
50 000-	4 000 kr	24 kr	54 kr	96 kr	<input type="checkbox"/>

90 dagars karenstid. Utbetalas 33 mån  
\* Exempel - nivå beroende av lön

### ENGÅNGSBELOPP VID LÅNGVARIG SJUKDOM

Ersättningsnivå	-39 år	40-54 år	55-65 år	
5 pbb = 227 500 kr	9 kr	15 kr	12 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 10 pbb = 455 000 kr (B1,B2,B3,B4)	17 kr	29 kr	25 kr	<input type="checkbox"/>
494609-140 15 pbb = 682 500 kr	24 kr	44 kr	37 kr	<input type="checkbox"/>
20 pbb = 910 000 kr	32 kr	58 kr	49 kr	<input type="checkbox"/>
30 pbb = 1 365 000 kr	49 kr	86 kr	73 kr	<input type="checkbox"/>
40 pbb = 1 820 000 kr	64 kr	115 kr	97 kr	<input type="checkbox"/>
50 pbb = 2 275 000 kr	80 kr	144 kr	122 kr	<input type="checkbox"/>

### BARN- OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING

Ersättning	Samtliga barn	
30 pbb = 1 365 000 kr (B2,B4)	87 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 40 pbb = 1 820 000 kr	117 kr	<input type="checkbox"/>
400344 50 pbb = 2 275 000 kr	146 kr	<input type="checkbox"/>

• Gäller samtliga barn • Kan tecknas för barn under 20 år

### INKOMSTFÖRSTÄRKNING vid arbetslöshet

Månadslön kr	-65 år	
24 000-26 999 kr	71 kr	<input type="checkbox"/>
Avtal 27 000-34 999 kr	87 kr	<input type="checkbox"/>
16102 35 000-44 999 kr	184 kr	<input type="checkbox"/>
45 000-59 999 kr	249 kr	<input type="checkbox"/>
60 000-79 999 kr	377 kr	<input type="checkbox"/>

Försäkringen kräver medlemskap i a-kassa, har en 12 mån kvalifikationstid och har en karenstid motsvarande obligatorisk facklig försäkrings maximala ersättningstid. Om sådan försäkring inte finns är karenstiden 150 dagar. Vänligen se försäkringsvillkor för mer ingående information.

### SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING

	-39 år	40-54 år	55-67 år	
Avtal Sjukvård med 500 kr självrisk	265 kr	326 kr	444 kr	<input type="checkbox"/>
494609-140 Sjukvård utan självrisk	400 kr	510 kr	619 kr	<input type="checkbox"/>
Sjukvård barn, med 500 kr självrisk*		216 kr		<input type="checkbox"/>

Sjukvårdsförsäkring Barn kan tecknas för barn mellan 3 och 20 år

\* Premie gäller per barn och omfattar de barn vars personuppgifter anges nedan

Försäkringsgivare till avtal 120739 är Movestic Livförsäkring AB, till avtal 400344 National General Insurance Luxembourg S.A. genom Euro Accident, till avtal 494609-140 Förenade Liv Gruppförsäkring, till avtal 16102 Accept Försäkringsaktiebolag

DATUM FÖR MEDLEMSKAP		TELEFON(arbete)	MOBILTELEFON
MEDLEMS NAMN (gruppmedlem)		MEDLEMS PERSONNUMMER	
GATUADRESS	POSTNR	POSTORT	E-POSTADRESS
MEDFÖRSÄKRADS NAMN		MEDFÖRSÄKRADS PERSONNUMMER	
BARNNS NAMN		BARNNS PERSONNUMMER	

Om avslut av försäkring, ange vilken/vilka försäkringar det avser:

## HÄLSODEKLARATION

Som gruppsmedlem behöver du endast besvara fråga 1 och 2 om: Du är nyanställd och inom 3 månader inte ansöker om kompletterande skydd utöver lägsta nivån för sjuk- och olycksfallsförsäkring, inkomstförstärkning vid sjukskrivning samt maximalt 10 pbb för engångsbelopp vid långvarig sjukdom och livförsäkring.

Som gruppsmedlem behöver du besvara samtliga frågor om: Du ansöker om försäkring efter 3 månader från anställningsdagen, Du ansöker om högre belopp än lägsta nivån, Du har fyllt 60 år vid tillfället för ansökan, Du har varit arbetsförmögen i mer än 30 dagar i följd de senaste 12 månaderna före ansökan om anslutning till gruppförsäkringen.

För barn- och ungdomsförsäkring, inkomstförstärkning vid arbetslöshet samt sjukvårdsförsäkring räcker det alltid med att svara på fråga 1 och 2.

Om du som medförsäkrad make/maka eller sambo, söker annan försäkring än sjukvårdsförsäkring, måste du alltid 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. **Viktigt! Om du svarar ja på någon av frågorna 3-8 så måste du fylla i kompletterande uppgifter. Oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir ogiltig! Om du inte får plats med dina svar så utveckla dem på bilaga som du bilägger ansökan, ange personnummer på samt skriv under även bilagan.**

Hälsöfrågor	Gruppsmedlem	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, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning, 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. Är du inskriven</b> i svensk allmän försäkringskassa? <i>Är du folkbokförd i Sverige är du automatisk inskriven i svensk allmän försäkringskassa.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>3. Har du någon</b> sjukdom, skada, annat kroppsfel, fysiskt eller psykiskt handikapp eller uppbär du handikappersättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange vad.		
<b>4. Har du under de senaste tre åren</b> varit sjukskriven helt eller delvis mer än 30 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange period och diagnos så noggrant som möjligt.		
<b>5. Har du under de tre senaste åren vårdats</b> , behandlats, eller undersökts på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal p.g.a. sjukdom, symtom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange vad.		
<b>6. Använder du någon receptbelagd medicin?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange namnet på denna/dessa samt dosering, anledning och receptskrivande läkare.		
<b>7. Har du tidigare behandlats eller undersökts</b> för hjärt-/kärlsjukdom, tumör- rygg- njur- eller neurologisk sjukdom, knä- eller ledbesvär, alkohol-/läkemedels-/narkotikaberoende eller psykiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange vad.		
<b>8. Har du testats för HIV-virus (AIDS)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", ange när, var och provresultat.		
<b>9. Ange din längd och vikt</b>	Längd cm      Vikt kg	Längd cm      Vikt kg

### UNDERSKRIFT

Personuppgifter. Du ska bara underteckna ansökan om du samtycker till följande behandling av dina personuppgifter. Försäkringsbolagen och Söderberg & Partners kommer att registrera dina personuppgifter i sina datasystem och utföra sådan behandling av uppgifterna som är nödvändig för att handlägga, riskbedömma och administrera din ansökan och din försäkring. Bolagen kan även utföra sådan behandling av dina personuppgifter som är nödvändig för att sammanställa statistik och att utvärdera och förbättra försäkringsprodukterna. Personuppgifter kan göras tillgängliga för de personer som behöver dem för att kunna utföra sina arbetsuppgifter för försäkringsbolagens räkning. Detta omfattar även försäkringsbolagens medicinska rådgivare, samarbetspartners som utför försäkringshantering för bolagens räkning och de återförsäkringsbolag som försäkringsbolagen anlitar. Uppgifterna kommer att sparas oavsett resultatet av din ansökan. Riskbedömning kan komma att utföras av försäkringsbolagets anlitate återförsäkringsbolag. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt hälsotillstånd får delges till det av Förenade Liv anlitate återförsäkringsbolaget.

Jag medger att mina personuppgifter får behandlas enligt Personuppgiftslagen.

Med min underskrift intygar jag att jag har erhållit förköpsinformationen om försäkringarna och har haft möjlighet att läsa den innan ansökan.

Med min underskrift nedan intygar jag att samtliga uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Uppgifterna skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig så kan ersättningen komma att reduceras eller helt utebli och försäkringen kan förklaras ogiltig eller sägas upp till upphörande eller ändring.

#### UNDERSKRIFT AV GRUPPMEDLEM

Med min underskrift samtycker jag till ovanstående hantering av mina personuppgifter och jag har tagit del samt läst informationsbladet om försäkringar.

#### UNDERSKRIFT AV SÖKANDE MEDFÖRSÄKRAD

Med min underskrift samtycker jag till ovanstående hantering av mina personuppgifter och jag har tagit del samt läst informationsbladet om försäkringar.

**Observera att namnteckningen inte får vara äldre än en månad vid ansökans ankomst till Söderberg & Partners**

ORT	DATUM (AAAA-MM-DD)	NAMNTECKNING	ORT	DATUM (AAAA-MM-DD)	NAMNTECKNING

# MEDGIVANDE TILL BETALNING GENOM BANKKONTO ELLER PERSONKONTO

## Betalare/Försäkrad

NAMN	
ADRESS	
POSTNR	POSTORT
PERSONNUMMER	

BANKENS NAMN

## Betalningsmottagare

Söderberg & Partners	
BANKGIRONR	
243-8695	
CLEARINGNUMMER*	KONTONUMMER

Om försäkringarna skall betalas via annan persons konto eller ett gemensamt konto som du själv inte är huvudkontohavare till, var god ange kontohavarens namn och personnummer nedan.

ANNAN BETALARE (namn)	PERSONNUMMER/ORGANISATIONSNUMMER
-----------------------	----------------------------------

\*) Clearingnummer är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkonto, se ditt kontoutdrag. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9XXXXX. Utelämna då femte siffran, i detta fall 9. Handelsbankens clearingnummer ska alltid börja med 6 (hittar du inte det ange 6000). Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

## Regler för överföring via autogiro

### Medgivande till betalning via Autogiro

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.

### Beskrivning

#### Allmänt

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 betalnings sätt 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 betalnings sätt 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.

## Betalarens underskrift

### Jag har tagit del av ovanstående regler för denna betalningsform

DATUM	ORT	TELEFON (arbete)	TELEFON (bostad)
NAMNTECKNING (försäkringstagare)		NAMNTECKNING (annan betalare**)	

\*\*) Om kontohavare för bankkontot är en annan än den försäkrade, måste denne godkänna att premien dras från bankkontot. Därför krävs underskrift.

## MEDGIVANDEBLANKETTEN SÄNDS TILL

Söderberg & Partners AB  
Grupp-försäkring

Box 31  
851 02 Sundsvall

Ifylls endast av handläggare



Reg



Godkänd