

Ansökan medlemsförsäkring BRF 2017

Gruppvavtalsnummer medlemsförsäkring BRF/Nordeuropa Flex
10116

Företag/betalningsansvarig

Namn		Orgnr.
Utdelningsadress	Postnr	Ortnamn
Telefon	E-postadress	

Personuppgifter gruppmedlem

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnr	Ortnamn
Telefon	E-postadress	

Personuppgifter medförsäkrad (make/maka, sambo eller reg.partner)

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnr	Ortnamn
Telefon	E-postadress	

Förmånstagarförordnande

Om du inte skriftligen anmäler annat gäller följande förmånstagarförordnande för Livförsäkringen.

Förmånstagare till utfallande försäkringsbelopp är, om inte den försäkrade anmält annat till försäkringsbolaget enligt nedan angivna ordning:

- | | |
|----|---|
| a) | make/maka/registrerad partner eller sambo, eller om sådan inte finns; |
| b) | den försäkrades arvingar |

Betalningssätt och huvudförfallodag

Inbetalningskort helår halvår

Huvudförfallodag 1 januari.

Personuppgifter

Behandling av personuppgifter (PUL) enligt personuppgiftslagen (SFS: 1998:204)

Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom Försäkringsgivaren koncernen samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personuppgiftsansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringstagare/ den försäkrade som önskar upplysningar om vilka personuppgifter som finns kan efter skriftlig ansökan, som skall vara egenhändigt undertecknad och med angivande av försäkrings- eller personnummer, ställt till Nordeuropa Försäkring AB, Box 56044, 102 17 Stockholm, Sverige erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter.

Underskrift

Ort	Datum
Underskrift gruppmedlem	Namnförtydligande
Underskrift medförsäkrad	Namnförtydligande

För att beviljas Sjukvårdsförsäkring och/eller Olycksfallsförsäkring skall du vara fullt arbetsför. Besvara fråga 1 i denna hälsodeklaration.		Gruppmedlem	Medförsäkrad
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, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Ange din längd i cm och vikt i kg utan skor och kläder.	Cm Kg	Cm Kg	
3. Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	
4. Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? (Syn- eller hörsselfel anges under H nedan.)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	
5. Har Du under de senaste 5 åren: 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	
6. Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Om "Ja": Ange när och var samt resultat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
7. Använder Du någon receptbelagd medicin? Om "Ja": Vilken/vilka? Dosering? Receptskrivande läkar Anledning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
8. Har Du eller har haft handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning? 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	
9. Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? Om "Ja": På vilket sätt? Sedan när? Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
11. Röker Du regelbundet? Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
12. Besvaras av den som inte fyllt 20 år: 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.

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

Underskrift och fullmakt

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i grupp-försäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos Nordeuropa Försäkring, 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 bolagets riskbedömningsunderlag får delges bolagets återförsäkringsbolag.

Sjukvårdsförsäkring – Jag som tecknar sjukvårdsförsäkringen för vuxen och/eller barn är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för kostnader i samband med sjukdom/åkomma som varit behandlad eller varit känd hos den försäkrade innan försäkringen tecknades. Försäkringen kan ersätta tidigare diagnoser/åkommor under förutsättning att den försäkrade varit helt behandlings- och symptomfri under en sammanhängande tid av två år närmast före det att ersättningsanspråk framställs p.g.a sjukdomen eller besväret.

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 Försäkringsbolagets ansvarighet inträtt.

Jag har tagit del av vidhäftad "förköps-information"	Ort, datum	Underskrift av gruppmedlem	Underskrift av medförsäkrad
--	------------	----------------------------	-----------------------------