

## ANSÖKAN



Gruppavtalsnummer Nordeuropa

10123 Livförsäkring 6pbb

## Betalningsansvarig

Namn		Orgnr/personnummer
Utdelningsadress	Porstrn.	Ortsnamn
Telefon	E-postadress	

## Personuppgifter för gruppledare

Namn		Orgnr/personnummer
Utdelningsadress	Porstrn.	Ortsnamn
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 anant till försäkringsbolaget enligt nedan angivna ordning:

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

Huvudförnyelsedatum 1 januari.

## Betalningssätt och förfallodag

Faktureras ihop med medlemsavgiften

## Personuppgifter

Enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och det fria flödet av sådan uppgifter (GDPR). 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 gruppledare	Namnförtydligande

Ansvarig förmedlars namn.....Tfnr.....Förmedlarkod .....

## Förenklad hälsoförklaring

Namn	Personnummer
------	--------------

	Gruppmedlem
1) Är du fullt arbetsför?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2) Har du någon sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3) Använder du någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4) Har du eller har du haft någon form av cancer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\* Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas samt inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna. 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.

I det fall du svarat "Nej" på fråga 1 eller "Ja" på frågorna 2-4 ovan skall du lämna kompletterande upplysningar nedan i form av sjukdom, skada, sjukhus, läkare, tidpunkter etc. Använd baksidan om ytterligare utrymme behövs.

1) Vad är orsaken till att du inte är fullt arbetsför?

---

---

2) Vilken sjukdom eller skada gäller det?

---

---

3) Vilken/vilka mediciner använder du?

---

---

4) Vilken typ av cancer har du eller haft och när fick du diagnosen?

---

---

## Underskrift av den försäkrade

Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras. Ovan meddelade uppgifter skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga/ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Förutom Nordeuropa Försäkring och försäkringsgivaren kommer eventuella återförsäkringsbolaget att hantera ansökningshandlingar, hälsoförklaring och övrig inhämtad uppgifter oavsett om försäkringen beviljas eller inte. Jag medger att lämnade uppgifter får delges anlitat återförsäkringsbolag.		
Ort, datum	Underskrift	Namnförtydligande