

Ansökan medlemsförsäkring

Ansökan, autogiroanmälan och hälsodeklaration kan du enkelt göra på webben!

Sjöbefälsföreningen	Medlem fr o m år mån	Gruppvartal nummer 11380
Medlems efternamn, förnamn	Personnummer	
Adress	Postnummer och ort	
Telefon	E-post	
Medförsäkrad, make eller sambos efternamn, förnamn	Personnummer	

Du som är ny medlem får kostnadsfria försäkringar i tre månader, se markerad text.

Olycksfallsförsäkring	Medlem	Medförsäkrad
Ersättning vid invaliditet (upp till) 440 000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersättning vid invaliditet (upp till) 880 000 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukförsäkring, endast medlem.

Månadslön	Ersättning per månad (upp till)	
- 26 999 kr	2 200 kr	<input type="checkbox"/>
27 000 - 34 999 kr	3 200 kr	<input type="checkbox"/>
35 000 kr och uppåt	4 200 kr	<input type="checkbox"/>

Livförsäkring

Ersättning vid dödsfall (upp till)	Förtidskapital (upp till)	
176 000 kr	352 000 kr	<input type="checkbox"/>
396 000 kr	792 000 kr	<input type="checkbox"/>

Gravidförsäkring, endast medlem

Gravid Bas	<input type="checkbox"/>	Beräknat nedkomstdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)
Gravid Plus	<input type="checkbox"/>	

Barnförsäkring, endast medlem. Väljer du ett belopp över 800 000 kr behöver fylla i en hälsodeklaration för barn/barnen som har fyllt 1 år.

Ersättning vid invaliditet (upp till)		Barnets/barnens personnummer
800 000 kr	<input type="checkbox"/>	
1 200 000 kr	<input type="checkbox"/>	
1 600 000 kr	<input type="checkbox"/>	
2 000 000 kr	<input type="checkbox"/>	
2 400 000 kr	<input type="checkbox"/>	
Välj till Diagnosförsäkring, 80 000 kr	<input type="checkbox"/>	

Familjeskydd

Månadsersättning vid dödsfall		
3 733 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 466 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukvårdsförsäkring, medlem behöver vara fullt arbetsför, medförsäkrad behöver fylla i en hälsodeklaration och kan söka samma utformning som medlem.

Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Max	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Fortsättning på nästa sida

Tänk på!

Beloppen gäller för år 2012.

Observera att begränsningar och reduktion av ersättningsbeloppen kan finnas för vissa försäkringar. Mer information samt priser hittar du i broschyren "En försäkring för olika händelser i livet", i foldern "Viktigt att veta" och på forenadeliv.se/sfbf.

Är du fullt arbetsför?

Medlem Ja Nej

Medförsäkrad Ja Nej

Fullt arbetsför innebär att den som ska försäkras:

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
- inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.

För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämställs fullt studieför med fullt arbetsför."

Underskrift ansökan

Datum	Telefon (även riktnummer) arbetet	Telefon (även riktnummer) bostaden
Underskrift av medlem	Underskrift av medförsäkrad	

Ska fyllas i personligen av den som ska försäkras.

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppavtalsnummer
Personnummer
Personnummer

Medlems/anställds (gruppledlems) namn	Personnummer
Medförsäkrad, make eller sambos efternamn, förnamn	Personnummer

Är du fullt arbetsför? **Medlem** Ja Nej **Medförsäkrad** Ja Nej

Fullt arbetsför innebär att den som ska försäkras:
 - kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar
 - inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning.
 För den som har lönebidragsanställning, på grund av sjukdom beviljats ledighet för att prova annat arbete eller av hälsoskäl har fått ett anpassat arbete gäller vissa kvalifikationsregler (denna punkt gäller dock ej för sjukvårdsförsäkringen) – se Gemensamma bestämmelser. I studerandeförsäkring jämföras fullt studieför med fullt arbetsför."

Om du svarar "Ja" på någon av frågorna 1–18 måste du lämna kompletterande uppgifter på baksidan av blanketten.

* **anlitat vårdgivare** = t ex fått recept, sjukskrivits, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat med anledning av besvär/symtom/ sjukdom/handikapp i någon/några av nedanstående kroppsdelar/organ och/eller någon/några av nedanstående sjukdomar.

Har du anlitat vårdgivare enligt ovan* under de senaste tre åren p g a	Gruppledlem		Medförsäkrad	
1. allergi, astma och/eller annan lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
2. hudbesvär/hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
3. struma och/eller annan ämnesomsättningsrubbing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
4. ögonsjukdom, öronsjukdom, tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
5. besvär/sjukdom i rygg, nacke, axlar, skuldror, armar, höfter, ben, knän, fötter och/eller händer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6. besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
7. nervösa besvär, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion och/eller psykisk sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
8. besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel och/eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9. besvär/sjukdom i urinvägar, njurar, underlivsorgan och/eller prostata?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10. kost-, tablett- eller insulinbehandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11. förhöjt blodtryck och/eller förhöjda blodfetter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
12. besvär/sjukdom i hjärta, kranskärl eller andra kärl i kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
13. propp/blödning i hjärnan och/eller annat blodkärl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14. epilepsi, demens, huvudvärk eller andra neurologiska symtom och sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
15. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
16. andra besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp än i frågorna 1–15?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
17. Använder du eller har du använt någon medicin för andra besvär/sjukdom än som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
18. Har du varit sjukskriven helt eller delvis mer än 14 dagar i följd under de senaste tre åren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
19. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
20. Ange din längd och aktuella vikt:	cm	kg	cm	kg

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv.

Datum	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av gruppledlem		Underskrift av medförsäkrad	

Hälsodeklaration Vuxen



Kompletterande uppgifter till fråga nr
i hälsodeklarationen

Avser Gruppmedlem

Medförsäkrad

Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett

Namn	Personnummer	Gruppavtal nr
Vilket är ditt yrke och vilka arbetsuppgifter har du?		

Vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos?
Beskriv besvären/symtomen med egna ord:
Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)?

När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet? år: månad:
Har du tidigare haft liknande besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret är "Ja", när hade du besvär?
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?

Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.	Orsak/diagnos?	När anlitade du vårdgivaren senast? år månad
---	----------------	--

Ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.		
Fr o m	t o m	Diagnos:
Fr o m	t o m	Diagnos:
Fr o m	t o m	Diagnos:

Ange vilken/vilka mediciner du använder:
--

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är "Ja", av vilket slag?
Är du symtomfri? <input type="checkbox"/> Ja Om svaret är "Ja", när blev du symtomfri? år: månad:
<input type="checkbox"/> Nej Om du inte är symtomfri, vilka kvarstående men/besvär/symtom har du?

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Hälsodeklaration Barn under 18 år



Ska fyllas i av vårdnadshavare som söker barnförsäkring om barnet är under 18 år.

När hälsodeklaration ska lämnas framgår av Viktigt att veta i förköpsinformationen.

Hälsodeklaration för barn som fyllt 18 år finns att hämta på forenadeliv.se.

Det är viktigt att alla frågor besvaras.

Gruppvavtalsnummer

Medlems/anställds (gruppledlems) namn

Personnummer

Barnets namn

Personnummer

Om svaret blir "Ja" på någon av frågorna 4-22 måste kompletterande uppgifter lämnas på bifogad blankett.

1. Födelsevikt (för barn under 6 år)	gram
2. Födelsevecka (för barn under 6 år)	Vecka:
3. Nuvarande längd och vikt	cm kg
4. Förekom några komplikationer i samband med förlösningen eller under barnets första levnadsmånad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har något speciellt framkommit vid kontroller på barnavårdcentral (BVC) eller skolhälsovård?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Har barnet särskild anpassad hjälp på daghem/förskola/skola?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Har vårdbidrag sökts?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har vårdgivare anlitats (t ex fått recept, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast med anledning av besvär/symtom/ sjukdom/handikapp i någon/några av nedanstående kroppsdelar/organ och/eller någon/några av nedanstående sjukdomar) under de senaste fem åren på grund av:	
8. allergi, astma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. eksem, hudbesvär, hudsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. ämnesomsättningsrubbing, diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. besvär/sjukdom i ögon, öron/näsa/hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. besvär i muskler, skelett, kroppsfel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. psykiska besvär/sjukdom beteendestörningar (t ex ADHD, ätstörning)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
14. besvär/sjukdom i mage, tarmar, inre organ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15. besvär/sjukdom, i urinvägar, njurar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
16. försenad talutveckling eller annan försenad utveckling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. besvär/sjukdom i hjärta, kärl?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
18. propp/blödning i hjärnan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
19. epilepsi eller andra neurologiska symtom/sjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
20. tumörsjukdom, sjukdom i lymfkörtlar, blodsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
21. Har barnet använt någon medicin för andra besvär/sjukdom än som angivits ovan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
22. Har barnet andra besvär, symtom, sjukdom, skada eller handikapp än som angivits i frågorna 1-21?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
23. Är barnet adopterat? Om "Ja", bifoga resultatet av adoptivbarnskontrollen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange BVC samt adress:	

Intygande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständigt sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Förenade Liv.

Datum	Telefon (även riktnr) dagtid	Datum	Telefon (även riktnr) dagtid
Underskrift av vårdnadshavare		Underskrift av vårdnadshavare	

Ja tack! Jag vill betala via autogiro.

Du kan också anmäla om autogiro på forenadeliv.se/autogiro

Försäkringstagarens namn		Avtalsnummer	
Personnummer		Telefon, dagtid (även riktnr)	
Bankens namn	Clearingnr	Kontonummer	

Om du betalar genom ett annat konto än ditt eget, ange betalarens namn och personnummer nedan.

Namn, annan betalare	Personnummer
----------------------	--------------

Jag godkänner villkoren för anslutning till Förenade Liv autogiro

Datum	Namn-teckning (försäkringstagaren)
Datum	Namn-teckning (annan betalare)

Villkor för Förenade Liv 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 ("förfalldagen") 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, förfalldag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfalldagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfalldag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfalldagar. Om meddelandet avser flera framtida förfalldagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfalldagen. Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren med

delande av betalningsmottagaren om belopp, förfalldag och betalningssätt 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 förfalldagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfalldagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfalldagen 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 förfalldagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfalldagen 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 förfalldagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfalldagen 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 tretio 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 förfalldagen 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.

Nej tack, jag vill inte behålla följande försäkringar.

Du som är ny medlem omfattas automatiskt av försäkringarna nedan.
Avanmälan ska göras senast 2 månader efter inträdet i **Sjöbefälsföreningen**

Olycksfallsförsäkring

Jag vill avanmäla Olycksfallsförsäkringen.

Livförsäkring

Jag vill avanmäla Livförsäkringen.

Jag kan inte anslutas till Livförsäkringen, eftersom jag inte är
eller har varit fullt arbetsför enligt anslutningsreglerna i välkomstbrevet.

Underskrift medlem

Datum

Namnteckning

Personnummer
