

## ANSÖKAN OM GRUPPFÖRSÄKRING (B4)

### Gäller gruppavtalet VADSTENA FÖRETAGARE

Nyanmälan  Förändring

UPPGIFTER OM DEN FÖRSÄKRADE							
Vid utökning med medförsäkrad måste gruppmedlem alltid besvara fråga 1.							
Gruppmedlem	Medförsäkrad						
Namn	Namn						
Personnummer	Personnummer						
Utdelningsadress	Utdelningsadress						
Postnummer och ortsnamn	Postnummer och ortsnamn						
Telefon bostad inkl riktnummer	Telefon bostad inkl riktnummer						
E-post	E-post						
Kan vi kontakta er via e-post? <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>	Kan vi kontakta er via e-post? <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>						
Är Du medlem hos Vadstena Företagare? <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>	<b>Besvaras av den medförsäkrade:</b> Relation till gruppmedlemmen <input type="checkbox"/> Make <input type="checkbox"/> Maka <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Registrerad Partner Tillhör gruppmedlemmen Vadstena Företagare? <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/>						
<b>Ange betalningstermin</b> <input type="checkbox"/> Månad (endast autogiro) <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Helår	<b>Autogiro</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Medgivande bifogas)						
<b>Ange när försäkringen ska börja gälla</b> <b>År</b> <b>Mån</b> <b>Dag</b>							
Val av försäkringsmoment	Förmån i Pbb	Mån Premie	GM	MF			
<b>Livförsäkring</b> Endast dödsfallskapital	Ingen reducering av försäkringsbeloppet	5 10 15 20	21 kr 42 71 106	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Livförsäkring</b> Med enkelt förtidskapital och barnskydd	I Gruppförsäkringen ingår ett engångsbelopp (förtidskapital) som utbetalas vid sjukersättning (ej tidsbegränsad). Barnskydd ingår med 10 basbelopp vid bestående arbetsförmåga (ekonomisk invaliditet före 18 år). Barnskyddet omfattar även ett dödsfallskapital på 0,5 basbelopp.	5 10 15 20	60 kr 113 167 221	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Kan ej tecknas</b>		
<b>Olycksfallsförsäkring</b> Heltid		30	37 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Sjukförsäkring</b>	<b>Löneintervall</b>	<b>Upp till</b>	<b>14 999kr/mån</b>	700 1400 2100 2800	49 kr 98 147 196	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Kan ej tecknas</b>
Månatlig ersättning vid arbetsförmåga min 25% som varar i mer än 3 mån, Max ersättningstid är 36 mån.		<b>14 500</b> <b>27 000</b> <b>40 000</b>	<b>26 999</b> <b>39 999</b> <b>och över</b>				
<b>Barnförsäkring</b>		30	55 kr	<input type="checkbox"/>			



**Generellt förmånstagarförordnande**

Om inte den försäkrade skriftligen anmält annat förordnande till Aspis Liv är förmånstagare till utfallande dödsfallskapital i nedan angiven ordning:

För gruppedlems försäkring

- a) make eller registrerad partner. Om varken make eller registrerad partner finns, sambo.
- b) Gruppedlemmens arvsberättigade barn.
- c) Gruppedlemmens arvingar.

För medförsäkrades försäkring

- a) Gruppedlemmen, om denne är den medförsäkrade make, registrerad partner eller sambo
- b) den medförsäkrades arvingar

**Om annat förmånstagarförordnande önskas ska en särskild förmånstagarförordnandeblankett ifyllas. Den kan rekvireras från mäklaren eller direkt från Aspis Liv.**

**UNDERSKRIFT**

Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra försäkringens ogiltighet samt att försäkringsbeloppet till den försäkrade eller förmånstagare inte utbetalas. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning eller allmän försäkringskassa får lämna bolaget de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget anser sig behöva för handläggning av denna försäkringsansökan eller skadereglering p.g.a. den sökta försäkringen och att de uppgifter bolaget erhåller om mitt hälsotillstånd samt riskbedömning får delges återförsäkringsbolaget.

Jag är införstådd med att försäkringen inte träder i kraft förrän den beviljats av Aspis Liv.

Blanketten kan –om så önskas - sändas in i slutet kuvert till arbetsgivaren/företrädaren för gruppen för vidarebefordran till Aspis Liv/mäklare

Datum

Ort

Namnsteckning av gruppedlem

Namnsteckning av medförsäkrad

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Personnummer

Personnummer

*Försäkringen träder inte i kraft förrän den godkänts av Aspis Liv AB*

**Ansökan sänds till:**

Södertörns Försäkringsmäklare AB

BOX 154, 136 23 Haninge

**OBS! Ofullständig ifylld ansökan återsänds**