



Personuppgifter på försäkrad

Namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	E-postadress	

Premiebetalare om annan än ansökan avser

Namn/företagsnamn	Personnummer/org.nr	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	E-postadress	

Underskrift av premiebetalare om annan än ansökan avser

Datum	Underskrift av premiebetalare	Namnförtydligande premiebetalare
-------	-------------------------------	----------------------------------

Barn Obligatoriskt vid barntillägg (privataccess) samt Barn- och Ungdomsförsäkring

Namn samt personnummer	Namn samt personnummer
Namn samt personnummer	Namn samt personnummer

<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring (20, 30, 40, 50 pbb) Utökat olycksfallsbegrepp Tecknas mot full arbetsförhet (Besvara även frågan om full arbetsförhet på sid 2)	PBB <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PrivatAccess silver EA Självrisk <input type="checkbox"/> 1 000 kr <input type="checkbox"/> 1 500 kr Tecknas mot full arbetsförhet (Besvara även frågan om full arbetsförhet på sid 2)
<input type="checkbox"/> Fristående förtidskapital (3-50 pbb) Tecknas mot hälsoförklaring	PBB <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Barn- och Ungdomsförsäkring (20, 30 40, 50 pbb) Tecknas utan hälsoförklaring <input type="checkbox"/> Ett barn <input type="checkbox"/> Fler barn (2 barn eller fler)
<input type="checkbox"/> Livförsäkring (10-50 pbb) Tecknas mot hälsoförklaring	PBB <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sjuk- och Olycksfallsförsäkring (20, 30 40, 50 pbb) Tecknas mot hälsoförklaring
<input type="checkbox"/> Livförsäkring med enkelt förtidskapital (5-50 pbb) Ersättning reducers med 3%-enheter per år från 30 år. Tecknas mot hälsoförklaring	PBB <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring Kort - Karens 90 dagar, max 36 mån utbetalning Tecknas mot hälsoförklaring
Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB		<input type="checkbox"/> - 14 499 <input type="checkbox"/> 27 000 - 39 999 <input type="checkbox"/> 50 000 - 59 999 <input type="checkbox"/> 14 500 - 26 999 <input type="checkbox"/> 40 000 - 49 999 <input type="checkbox"/> 60 000 -

Information och behandling av personuppgifter samt underskrift av försäkrad

Euro Accident, Länsförsäkringar och Nordeuropa är, i egenskap av försäkringsgivare, personuppgiftsansvariga för den behandling av personuppgifter de utför för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som omfattas av denna ansökan om försäkring och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om respektive försäkringsgivares personuppgiftsbehandling, vänligen läs vidare i Euro Accident, Länsförsäkringar och Nordeuropas integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy Integritetspolicy. Där finner du bl.a. information om hur Euro Accident, Länsförsäkringar och Nordeuropa samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc. Försäkringarna som omfattas av denna ansökan är upphandlade av Hjerta AB, som är försäkringsförmedlare och gruppförträdare.

Uppgifterna i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Jag har tagit del av förköpsinformation för den försäkring jag tecknar. Enligt gällande teckningsregler intygar jag härmed att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa.

Genom min underskrift samtycker jag till att vald försäkringsgivare och Hjerta får behandla mina känsliga personuppgifter i form av intygande av att jag är fullt arbetsför i syfte att kunna teckna försäkring samt godkänner att ta del av försäkringsvillkor m.m. via www.hjerta.se/villkor-policy där du också finner information om Hjertas behandling av personuppgifter.

Datum	Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad
-------	-----------------------	-----------------------------

Intyg samt underskrift av fullt arbetsför

Är du fullt arbetsför?

Fullt arbetsför innebär att ditt vanliga arbete kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas till dig. 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 livränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

Genom att svara Ja bekräftar du att du är fullt arbetsför. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och ev. rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

 Ja Nej

Datum	Underskrift försäkrad	Namnförtydligande försäkrad
-------	-----------------------	-----------------------------

Betalning

Vid uppdelning av faktura tillkommer en avgift på: Månad 6%, Kvartal 3%, Halvår 1.5% av försäkringens årsavgift.

Autogiro (fyll även i nedan autogiromedgivande)

Månad Kvartal Halvår Helår

Faktura

Kvartal Halvår Helår

Medgivande till betalning via Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro.

Clearingnr.	Bankkonto	Kontohavarens person (12-siffrigt) / Org nr
Personkonto	Postgirokonto (Ange bakomliggande kontonr)	Kontoförande bank och ort

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.

Datum	Underskrift kontohavaren	Namnförtydligande kontohavaren
-------	--------------------------	--------------------------------

Om fakturaunderlag önskas annat än vid huvudförfallodagen ber vi om Er E-mail adress (ifylles sid 1 under premiebetalare)

Nedanstående uppgifter ifylles av förmedlaren		
Förmedlingskontor Wavelink Brokers AB	Förmedlare Jenica Rhodes	Kod