

# Ansökan Jag är medlem i SRAT och vill ansöka om, eller ändra till, följande försäkringar:

<b>Livförsäkring</b>		<b>Premie per månad (år)</b>	
	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Medlem 18-64 år</b>	<b>Medförsäkrad 18-64 år</b>
Vuxen	4 pbb, 176 000 kr	<input type="checkbox"/> 32 kr ( 384 kr)	<input type="checkbox"/> 32 kr ( 384 kr)
<b>Rätt till Optionshöjning ges vid till exempel äkten-skap eller barn-födse.</b>	6 pbb, 264 000 kr	<input type="checkbox"/> 48 kr ( 576 kr)	<input type="checkbox"/> 48 kr ( 576 kr)
	8 pbb, 352 000 kr	<input type="checkbox"/> 63 kr ( 756 kr)	<input type="checkbox"/> 63 kr ( 756 kr)
	10 pbb, 440 000 kr	<input type="checkbox"/> 79 kr ( 948 kr)	<input type="checkbox"/> 79 kr ( 948 kr)
	15 pbb, 660 000 kr	<input type="checkbox"/> 119 kr (1 428 kr)	<input type="checkbox"/> 119 kr (1 428 kr)
	20 pbb, 880 000 kr	<input type="checkbox"/> 159 kr (1 908 kr)	<input type="checkbox"/> 159 kr (1 908 kr)
<input type="checkbox"/> <b>Optionshöjning.</b> Ange vilken händelse _____		Ange datum för händelse _____	
<b>Sjukkapitalförsäkring</b>		<b>Premie per månad (år)</b>	
	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Medlem 18-60 år</b>	<b>Medförsäkrad 18-60 år</b>
Vuxen	4 pbb, 176 000 kr	<input type="checkbox"/> 12 kr (144 kr)	<input type="checkbox"/> 12 kr (144 kr)
	6 pbb, 264 000 kr	<input type="checkbox"/> 18 kr (216 kr)	<input type="checkbox"/> 18 kr (216 kr)
	8 pbb, 352 000 kr	<input type="checkbox"/> 24 kr (288 kr)	<input type="checkbox"/> 24 kr (288 kr)
	10 pbb, 440 000 kr	<input type="checkbox"/> 30 kr (360 kr)	<input type="checkbox"/> 30 kr (360 kr)
	15 pbb, 660 000 kr	<input type="checkbox"/> 45 kr (540 kr)	<input type="checkbox"/> 45 kr (540 kr)
	20 pbb, 880 000 kr	<input type="checkbox"/> 60 kr (720 kr)	<input type="checkbox"/> 60 kr (720 kr)
<b>Sjukinkomstförsäkring 36 månader</b>		<b>Premie per månad (år)</b>	
<b>Löneintervall/mån</b>	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Medlem 18-65 år</b>	<b>Medförsäkrad 18-65 år</b>
Upp till 14 499 kr	700 kr/mån	<input type="checkbox"/> 18 kr ( 216 kr)	<input type="checkbox"/> 18 kr ( 216 kr)
15 000 – 26 999 kr	1 400 kr/mån	<input type="checkbox"/> 36 kr ( 432 kr)	<input type="checkbox"/> 36 kr ( 432 kr)
27 000 – 39 999 kr	2 100 kr/mån	<input type="checkbox"/> 54 kr ( 648 kr)	<input type="checkbox"/> 54 kr ( 648 kr)
40 000 – 49 999 kr	2 800 kr/mån	<input type="checkbox"/> 72 kr ( 864 kr)	<input type="checkbox"/> 72 kr ( 864 kr)
Över 50 000 kr	3 500 kr/mån	<input type="checkbox"/> 90 kr (1 080 kr)	<input type="checkbox"/> 90 kr (1 080 kr)
<b>Olycksfallsförsäkring</b>		<b>Premie per månad (år) för Medlem och Medförsäkrad</b>	
	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Medlem 18-64 år</b>	<b>Medförsäkrad 18-64 år</b>
	10 pbb, 440 000 kr	<input type="checkbox"/> 26 kr (312 kr)	<input type="checkbox"/> 26 kr (312 kr)
	20 pbb, 880 000 kr	<input type="checkbox"/> 37 kr (444 kr)	<input type="checkbox"/> 37 kr (444 kr)
	30 pbb, 1 320 000 kr	<input type="checkbox"/> 49 kr (588 kr)	<input type="checkbox"/> 49 kr (588 kr)
<b>Barnförsäkring Sjuk- och Olycksfall 0-25 år</b>		<b>Premie per månad (år) för Medlem</b>	
	<b>Medicinsk invaliditet</b>	<b>Förvärvsmässig månadsersättning</b>	
Försäkringsbelopp	10 pbb, 440 000 kr	792 kr/mån	<input type="checkbox"/> 58 kr ( 696 kr)
	20 pbb, 880 000 kr	1 584 kr/mån	<input type="checkbox"/> 85 kr (1 020 kr)
	30 pbb, 1 320 000 kr	2 376 kr/mån	<input type="checkbox"/> 112 kr (1 344 kr)
<b>Kritisk sjukdom</b> Ladda ner <b>Stor Hälsodeklaration för Grupp-försäkring</b> från <a href="http://www.salusansvar.se/srat">www.salusansvar.se/srat</a> eller beställ den på telefon 0200-87 50 00.			
	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Premie per månad (år). Kan endast tecknas av Medlem</b>	
Vuxen	2,5 pbb, 110 000 kr	<b>Medlem 18-35 år</b>	<b>Medlem 36-49 år</b>
	5 pbb, 220 000 kr	<input type="checkbox"/> 11 kr (132 kr)	<input type="checkbox"/> 22 kr ( 264 kr)
	10 pbb, 440 000 kr	<input type="checkbox"/> 22 kr (264 kr)	<input type="checkbox"/> 45 kr ( 540 kr)
		<input type="checkbox"/> 42 kr (504 kr)	<input type="checkbox"/> 89 kr (1 068 kr)
			<input type="checkbox"/> 55 kr ( 680kr)
			<input type="checkbox"/> 111 kr (1 332 kr)
			<input type="checkbox"/> 221 kr (2 652 kr)
<b>Sjukvård Direkt</b>		<b>Premie per månad (år). Kan endast nytecknas före 60 års ålder.</b>	
	<b>Försäkringsbelopp</b>	<b>Medlem</b>	<b>Medförsäkrad</b>
	1 200 000 kr	<input type="checkbox"/> 158 kr (1 896 kr)	<input type="checkbox"/> 158 kr (1 896 kr)
			<b>Barn 1 10-21 år*</b>
			<input type="checkbox"/> 79 kr (948 kr)
			<b>Barn 2 10-21 år*</b>
			<input type="checkbox"/> 79 kr (948 kr)
<b>Jag vill betala mina försäkringar</b>			
Om din årspremie understiger 200 kr per år kommer premien faktureras vid ett och samma tillfälle. Årspremie mellan 201-400 kr kan betalas per halvår eller helår.			
Via Autogiro	<input type="checkbox"/> månadsvis	Bankkonto nr: Clearingnr _____	Kontonr _____
Med inbetalningskort	<input type="checkbox"/> kvartal	<input type="checkbox"/> halvår	<input type="checkbox"/> helår
<b>Personuppgifter</b>			
Namn medlem _____	Personnummer medlem _____		
Namn medförsäkrad _____	Personnummer medförsäkrad _____		
*Namn barn 1 _____	*Personnummer barn 1 _____		
*Namn barn 2 _____	*Personnummer barn 2 _____		
Adress _____	Postnummer och ort _____		
Telefonnummer inkl. riktnummer _____	Mobilnummer _____		
E-post _____			

## Ansökan och Hälsodeklaration för Grupp-försäkring

Riv ut, fyll i och skicka in din ansökan till: SalusAnsvar, 110 01 Stockholm. Märk kuvertet "Frisvar Personförsäkring" så betalar SalusAnsvar portot.  
**Glöm inte att fylla i hälsodeklarationen och skriva under på baksidan av ansökan.**

# Hälsodeklaration för Grupp försäkring

**För att kunna teckna en försäkring krävs att du är fullt arbetsför, det vill säga att fråga 1 besvaras med ett "Ja".**

För ansökan av de flesta försäkringarna ska hela **Hälsodeklaration för Grupp försäkring** fyllas i. För ansökan av *Sjukvård Direkt*, *Olycksfallsförsäkring* samt *Nyttjande av optionsrätt* räcker det att fylla i **Förenklad Hälsodeklaration för Grupp försäkring**. Det innebär att endast fråga 1 behöver besvaras.

Vid ansökan av *Kritisk sjukdom 5 eller 10 pbb* behövs en **Stor Hälsodeklaration för Grupp försäkring**. Du kan enkelt ladda ner ansökan från [www.salusansvar.se/srat](http://www.salusansvar.se/srat) eller beställa den via SalusAnsvars Kundcenter, telefon 0200-87 50 00.

**Definition av Fullt arbetsför:** För att anses som fullt arbetsför ska man kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Du får inte uppbära sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från försäkringskassan (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk-/aktivitetsersättning – även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning). Du får heller inte ha särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Medförsäkrat barn kan inte omfattas av försäkring om vårdbidrag för barnet har beviljats eller om barnet är inskrivet för vård och boende.

**Förenklad Hälsodeklaration för Grupp försäkring innebär att endast fråga 1 behöver besvaras**

	Medlem	Medförsäkrad	Sjukvård Direkt	
			Barn 1	Barn 2
1 Är du fullt arbetsför? Har barnet beviljats vårdbidrag och/eller är inskrivet för vård och boende?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
2 Behandlas eller kontrolleras du för sjukdom, skada, handikapp, symtom eller besvär? Använder du något läkemedel (receptbelagt eller inte receptbelagt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
3 Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, undersökts på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal t ex psykolog, sjukgymnast eller naprapat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
4 Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
5 Har du någonsin haft, blivit behandlad eller undersökts för hjärt-/kärlbesvär, förhöjt blodtryck, förhöjda blodfetter, stroke, diabetes, njur- eller leversjukdom, tarmsjukdom, neurologisk sjukdom, lungsjukdom, synnedsättning, hörselnedsättning, någon form av cancer eller tumör, muskelsjukdom, led- eller skelettsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Fråga 5-7 måste fyllas i vid ansökan av Kritisk Sjukdom 2,5 pbb. Endast medlem kan ansöka.</b>		
6 Har du någonsin haft, blivit behandlad eller undersökts för alkohol-/andra berusningsmedel/ läkemedels-/narkotikaberoende eller psykiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
7 Har du lämnat blodprov för HIV-test (AIDS-virus)? Om "Ja" när? _____ Resultat? <input type="checkbox"/> Negativt (ej HIV-smitta) <input type="checkbox"/> Positivt (HIV-smitta)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

8 Längd och vikt \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Om du svarat "Ja" ovan på någon av frågorna 2-6, lämna kompletterande upplysningar nedan. Samtliga sjukdomar, skador, symtom, handikapp och undersökningar ska uppges, samt sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd. Skriv bilaga om mer utrymme behövs men glöm inte att skriva namn, namnteckning, personnummer och datum.

**Vilken sjukdom, skada, symtom, besvär eller handikapp gäller det?**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Vilken undersökning/utredning har gjorts och vad visade den?**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**När började sjukdomen/besvären och under vilka perioder har du haft symtom/besvär?**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Under vilka tidsperioder har du varit helt eller delvis sjukskriven p g a angiven åkomma?**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Vilken läkare/vårdgivare/vårdinrättning har du anlitat? Uppge läkarens, vårdgivarens namn och adress, sjukhus, klinik, avdelning etc.**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Vilken vård och behandling har du fått? Operation, medicinering, sjukgymnastik etc.**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Är du numera helt återställd och utan besvär eller symtom? Om "Ja" sedan när? Om inte, vilka följder, besvär eller symtom kvarstår?**

Medlem \_\_\_\_\_ Medförsäkrad \_\_\_\_\_

**Personuppgiftslagen (PUL)** SalusAnsvar är personuppgiftsansvarig enligt Personuppgiftslagen för behandling av lämnade och inhämtade personuppgifter. SalusAnsvar behandlar personuppgifter på det sätt som PuL och SalusAnsvars etiska regler kräver, för de ändamål som anges i förköpsinformationen. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter SalusAnsvar har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter.

**Jag har fyllt i hälsodeklarationen.** De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet samt riskbedömning. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Riskbedömning kan komma att utföras av bolagets anlitade återförsäkringsbolag. Jag medger att de lämnade uppgifterna om mitt hälsotillstånd får delges till det av SalusAnsvar anlitade återförsäkringsbolaget. Jag medger att mina personuppgifter får behandlas enligt Personuppgiftslagen. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av förköpsinformationen. Jag har tagit del av och reglerna för autogiro och medger nedan att jag godkänner överföring av pengar från kontot enligt denna ansökan till SalusAnsvar.

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift Medlem \_\_\_\_\_

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift Medförsäkrad \_\_\_\_\_

Försäkringsbolagets noteringar

GM  G  A MF  G  A Datum \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_ Kundnr \_\_\_\_\_ Agentnummer \_\_\_\_\_