

**Ansökan består av tre sidor. På första sidan fyller du i vilka försäkringar du vill ansöka om och på de andra två sidorna finns en hälsodeklaration. Det behövs en underskrift för att ansökan ska vara komplett.**

Skicka din ansökan (och hälsodeklaration) i ett ofrankerat kuvert till: Akademikerförsäkring, Svartspost, Kundnummer 110904100, 110 30 Stockholm. Akademikerförsäkring betalar portot.

För- & efternamn (medlem)	För- & efternamn (partner)
Personnummer (medlem)	Personnummer (partner)
Mobiltelefon (medlem)	Mobiltelefon (partner)
E-post (medlem)	E-post (partner)

### Kryssa för önskade alternativ

Om ansökan endast avser Sjuk och Olycksfallsförsäkring, ska endast fråga 1 på hälsodeklarationen fyllas i. Om ansökan endast avser Olycksfallsförsäkring behöver inte hälsodeklarationen fyllas i.

Livförsäkring	Medlem	Partner	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-66 år
10 pbb (473 000 kr)				16 kr	22 kr	50 kr	110 kr	162 kr
15 pbb (709 500 kr)				24 kr	33 kr	75 kr	165 kr	243 kr
20 pbb (946 000 kr)			Fr.o.m. 60 års ålder reduceras det ursprungliga försäkringsbeloppet med 10 procent per år. Försäkringsbeloppet reduceras med högst 50 procent.	32 kr	44 kr	100 kr	220 kr	324 kr
30 pbb (1 419 000 kr)			Försäkringen gäller månaden ut den försäkrade fyller 67 år.	48 kr	66 kr	150 kr	330 kr	486 kr
40 pbb (1 892 000 kr)				64 kr	88 kr	200 kr	440 kr	648 kr
50 pbb (2 365 000 kr)				80 kr	110 kr	250 kr	550 kr	810 kr

Olycksfallsförsäkring	Medlem	Partner	Premie/mån	18-66 år
20 pbb (946 000 kr)				42 kr
40 pbb (1 892 000 kr)			Försäkringen gäller månaden ut den försäkrade fyller 67 år.	62 kr

Sjuk och olycksfallsförsäkring	Medlem	Partner	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-66 år
20 pbb (946 000 kr)				55 kr	88 kr	116 kr	128 kr	157 kr
40 pbb (1 892 000 kr)			Försäkringen gäller månaden ut den försäkrade fyller 67 år.	98 kr	148 kr	196 kr	230 kr	265 kr

Sjukförsäkring	Medlem	Partner	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år
<i>Ersättning per månad</i>			<i>Rek för lönenivå</i>					
1 400 kr			14 500 – 26 999 kr/mån	8 kr	12 kr	20 kr	30 kr	28 kr
2 100 kr			27 000 – 32 999 kr/mån	12 kr	18 kr	30 kr	45 kr	42 kr
2 800 kr			33 000 – 39 999 kr/mån	16 kr	24 kr	40 kr	60 kr	56 kr
3 500 kr			40 000 – 49 999 kr/mån	20 kr	30 kr	50 kr	75 kr	70 kr
4 200 kr			50 000 – 59 999 kr/mån	24 kr	36 kr	60 kr	90 kr	84 kr
4 900 kr			60 000 kr –/mån	28 kr	42 kr	70 kr	105 kr	98 kr

Sjukförsäkringen kan utbetalas maximalt under 60 månader om du blir sjuk längre tid än tre månader. Försäkringen gäller månaden ut den försäkrade fyller 65 år.

Trygghetskapitalförsäkring	Medlem	Partner	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år
5 pbb (236 500 kr)			Trygghetskapitalförsäkringen utfaller som ett engångsbelopp om det konstateras att du fått en varaktigt arbetsförmåga	3 kr	6 kr	12 kr	27 kr	34 kr
10 pbb (473 000 kr)			Fr.o.m. 56 års ålder reduceras det ursprungliga försäkringsbeloppet med 5 procent per år.	6 kr	12 kr	24 kr	54 kr	68 kr
15 pbb (709 500 kr)			Försäkringsbeloppet reduceras med högst 50 procent.	9 kr	18 kr	36 kr	81 kr	102 kr
20 pbb (946 000 kr)			Försäkringen gäller månaden ut den försäkrade fyller 65 år.	12 kr	24 kr	48 kr	108 kr	136 kr

## Läs igenom nedanstående information innan du besvarar frågorna

Du som endast vill teckna olycksfallsförsäkring behöver inte besvara någon fråga nedan. Underskrift krävs dock alltid. Obs! Detta gäller inte för sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna.

Du besvarar fråga nr 1 om du

- endast söker sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna
- under perioden då förskydd (friperiod) gäller ansöker om höjning av livförsäkring till högst 20 pbb, anpassar din sjukförsäkring till rätt lönenivå eller ansöker om fortsatt liv-, sjuk- eller trygghetskapitalförsäkring som högst motsvarar det försäkringsbelopp som omfattas av förskyddet.

Medförsäkrad besvarar fråga nr 1 om han/hon

- endast söker sjuk och olycksfallsförsäkring för vuxna
- under perioden då förskydd (friperiod) gäller för gruppmedlem ansöker om livförsäkring högst 20 pbb eller sjukförsäkring högst 1 400 kr/månad

I övriga fall besvaras samtliga frågor. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför/fullt studieför och söker andra försäkringar än olycksfallsförsäkring kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför/fullt studieför. Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av den som ska försäkras. Vi vill ha dina upplysningar inom 30 dagar från det att du undertecknat hälsodeklarationen. Om den kommer senare måste vi be om en ny hälsodeklaration och din ansökan om försäkring fördröjs. Vid brist på utrymme i hälsodeklarationen kan svar lämnas på separat papper. (Glöm då inte att skriva personnummer, datum, namnteckning och namnförtydligande.)

Gå in på [www.skandia.se/personuppgifter](http://www.skandia.se/personuppgifter) och läs om hur vi behandlar dina personuppgifter.

## Personuppgifter

Gruppmedlems namn	Medförsäkrads namn
Gruppmedlems personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)	Medförsäkrads personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

## Hälsodeklaration

<b>1. Är du fullt arbetsför/fullt studieför?</b> Med fullt arbetsför menas att du <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan fullgöra ditt vanliga arbete/dina studier utan undantag</li> <li>• inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning</li> <li>• inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete/anpassad skolgång, lönebidragsanställning eller liknande.</li> </ul>		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Nej", av vilken anledning är du inte fullt arbetsför?		
<b>2. Din längd och vikt</b> Längd: _____ cm Vikt: _____ kg		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>3. Röker du dagligen?</b> <input type="checkbox"/> Jag har slutat röka. När? (ååmm)		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>4. Har du nu eller tidigare (oavsett när) haft någon av följande sjukdomar eller besvär?</b> Om du svarar ja på någon av frågorna 4 a-f och/eller 5-8, lämna kompletterande upplysningar på nästa sida.		
<b>a</b> Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>b</b> Psykisk sjukdom eller besvär, sömnlöshet, krisreaktion, utbrändhet eller stress?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>c</b> Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>d</b> Sjukdom/besvär i njurarna eller urinvägarna? Prostatabesvär? Njursten?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>e</b> Sjukdom i nervsystemet? Epilepsi? Krampanfall? Förlamning? Yrsel? Svimningsanfall? Migrän?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>f</b> Högt blodtryck? Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Kärlkramp? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>5. Använder du något läkemedel – utöver de eventuella läkemedel du nämnt i tidigare frågor?</b>		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>6. Har du under de 3 senaste åren varit sjukskriven eller drabbats av nedsatt arbetsförmåga, helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd – utöver de eventuella perioder du nämnt i tidigare frågor?</b>		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida
<b>7. Har du under de senaste 3 åren undersökts eller behandlats på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal (hit räknas även kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut eller liknande) – utöver det som du eventuellt nämnt i tidigare frågor?</b>		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida
<b>8. Är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation – utöver det som du eventuellt nämnt i tidigare frågor?</b>		
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida

**Kompletterande upplysningar** om du svarat "ja" på någon av frågorna 4 a-f och/eller 5-8

Ange frågans nummer och bokstav. Besvara därefter följdfrågorna. Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper.

(Glöm då inte att skriva namnteckning, namnförtydligande, personnummer och datum.)

	Gruppmedlem – Fråga nr:	Medförsäkrad – Fråga nr:
Vilken är sjukdomen, skadan eller funktionshindret? Om diagnos inte är känd ange symtom.		
När debuterade detta första gången?		
När sökte/kallades du till läkare/vårdgivare första gången?		
När var senaste tillfället?		
Vårdgivares/läkares namn och fullständiga adress		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Vid medicinering, ange läkemedel		
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?
Kontrolleras du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?
Är du fullt återställd/symtomfri?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?

	Gruppmedlem – Fråga nr:	Medförsäkrad – Fråga nr:
Vilken är sjukdomen, skadan eller funktionshindret? Om diagnos inte är känd ange symtom.		
När debuterade detta första gången?		
När sökte/kallades du till läkare/vårdgivare första gången?		
När var senaste tillfället?		
Vårdgivares/läkares namn och fullständiga adress		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Vid medicinering, ange läkemedel		
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?
Kontrolleras du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?
Är du fullt återställd/symtomfri?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?

**Underskrift****Jag intygar att:**

- Jag själv besvarat och fyllt i denna hälsodeklaration samt att de lämnade uppgifterna är fullständiga och sanna.
- Jag är bosatt och folkbokförd i Sverige när denna ansökan görs.
- Sökta försäkringar stämmer överens med mina krav och behov.

**Jag godkänner:**

- Akademikerförsäkrings integritetspolicyn samt hantering av personuppgifter i samband med min ansökan och bekräftar samtidigt att jag har tagit del av förköpsinformationen.

**Jag är medveten om att:**

- Oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig samt att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett eller tillhörande handling inte kan åberopas av mig.
- Försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Skandia.
- Besvarad information sparas hos Skandia under viss tid.

**Jag samtycker till att:**

- Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt och Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) sinsemellan får inhämta och lämna ut sådana uppgifter om mitt hälsotillstånd som anses nödvändiga för prövningen av denna försäkringsansökan.

Gruppmedlems namn		Medförsäkrads namn	
Gruppmedlems personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)		Medförsäkrads personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)	
Underskrift av gruppmedlem		Underskrift av medförsäkrad	
Datum	Mobilnummer	Datum	Mobilnummer
Telefonnummer	Mejladress	Telefonnummer	Mejladress

**Ofullständigt ifyllt ansökan återsänds**

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)  
Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083

Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt  
Säte: Stockholm Org.nr: 516406-0948