

2019 Ansökan och/eller ändring

Sjukvårdsförsäkring 750 kr självrisk
Sjukvårdsförsäkring med remiss
Diagnosförsäkring
Seniorolycksfallsförsäkring
Sjukvård vid olycksfall

Ansökan består av två sidor. På första sidan fyller du i vilka försäkringar du vill ansöka om och på andra sidan finns en hälsodeklaration och där behövs också 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 (gruppmedlem)	För- & efternamn (medförsäkrad)
Personnummer (gruppmedlem)	Personnummer (medförsäkrad)
Mobiltelefon (gruppmedlem)	Mobiltelefon (medförsäkrad)
E-post (gruppmedlem)	E-post (medförsäkrad)

Kryssa för önskade alternativ

Sjukvårdsförsäkring	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-70 år
Sjukvårdsförsäkring med 750 kr självrisk				166 kr	198 kr	264 kr	452 kr	535 kr
Sjukvårdsförsäkring med remiss			Sjukvårdsförsäkringen gäller året ut som du fyller 70 år.	86 kr	99 kr	137 kr	235 kr	278 kr

Diagnosförsäkring	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Premie/mån	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-70 år
Ersättningsbelopp: 50 000 kr				8 kr	12 kr	24 kr	45 kr	94 kr
Ersättningsbelopp: 100 000 kr				16 kr	24 kr	48 kr	90 kr	188 kr
Ersättningsbelopp: 150 000 kr				24 kr	36 kr	72 kr	135 kr	282 kr
Ersättningsbelopp: 300 000 kr			Diagnosförsäkringen gäller året ut som du fyller 70 år. Efter 50 års ålder minskas ersättningen med 25 %.	48 kr	72 kr	144 kr	270 kr	564 kr
Ersättningsbelopp: 400 000 kr				64 kr	96 kr	192 kr	360 kr	762 kr

Seniorolycksfallsförsäkring	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Premie/mån	61+ år
Maximalt ersättningsbelopp: 600 000 kr				46 kr

Om din ansökan enbart avser denna försäkring behöver du inte fylla i hälsodeklarationen på sida 2. Signera endast blanketten och returnera den till oss.

Sjukvårdsförsäkring vid olycksfall (endast remiss)	Gruppmedlem	Medförsäkrad	Premie/mån	18-59 år	60+ år
Sjukvårdsförsäkring vid Olycksfall				29 kr	58 kr

Om din ansökan enbart avser denna försäkring behöver du inte fylla i hälsodeklarationen på sida 2. Signera endast blanketten och returnera den till oss.

Hälsodeklaration 2019

Sjukvårdsförsäkring 750 kr självrisk Diagnosförsäkring

För att du ska beviljas försäkring skall du vara fullt arbetsför.

För att anses som fullt arbetsför ska man kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte få sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan på grund av arbetsförmåga, exempelvis sjuk- eller rehabiliteringspenning, sjukersättning samt aktivitetsersättning. Man anses inte heller som fullt arbetsför om man uppbär arbetsskadelivränta eller lönebidragsanställning på grund av hälsoskäl eller har någon av de uppräknade ersättningsformerna beviljad som vilande.

Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter varit fullt arbetsför i minst 30 dagar.

Om du ansöker om Diagnosförsäkring 50 000 kr eller Sjukvårdsförsäkring behöver du bara besvara fråga 1 och skriva under. Om du ansöker om Diagnosförsäkring 100 000 kr eller högre behöver du besvara fråga 1-7 samt skriva under ansökan. Om du ansöker om Seniorolycksfallsförsäkring eller Sjukvård vid olycksfall räcker det med en underskrift.

1. Uppbär du sjuklön, sjukpenning, tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning eller annan ersättning som gör att du inte är fullt arbetsför (se definition ovan)?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej
Vid "Ja" Gruppmedlem Vilket uppbär du: Sedan när: Orsak:	Medförsäkrad Vilket uppbär du: Sedan när: Orsak:	
2. Behandlas du, eller kontrolleras du, för sjukdom, skada eller handikapp?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej
3. Använder du receptbelagd medicin?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej
4. Har du under de senaste 3 åren vårdats, behandlats, undersökts på sjukhus, vårdcentral, annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej
5. Har du under de senaste 3 åren varit helt eller delvis sjukskriven i mer än 1 månad?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej
6. Längd och vikt	Gruppmedlem cm kg	Medförsäkrad cm kg
7. Röker du?	Gruppmedlem Ja Nej	Medförsäkrad Ja Nej

Kompletterande uppgifter* (skriv på separat papper vid behov)

Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkringen. Om du har svarat "Ja" på någon av frågorna 1-5 ska du lämna kompletterande uppgifter nedan:

- Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?
- Vilken var anledningen till undersökningen?
- Under vilka tider var du sjuk?
- När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?
- Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har du anlitat? Ange klinik, mottagning eller avdelning.
- Vilken behandling har du genomgått? Operation, strålbehandling, medicinering etc.
- Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?
- Sedan när är du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?

Gruppmedlem		Medförsäkrad	
Fråga nr.		Fråga nr.	

Ja, jag är medveten om att de uppgifter jag har lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltlig och försäkrar att de uppgifter jag har lämnat är riktiga. Jag bekräftar även att jag tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av mina personuppgifter.	
Underskrift (gruppmedlem)	Underskrift (medförsäkrad)
Namnförtydligande (gruppmedlem)	Namnförtydligande (medförsäkrad)
Ort & datum	Ort & datum

Försäkringen träder i kraft dagen efter den dag då gruppmedlemmen eller medförsäkrad ansökte om försäkringen, under förutsättning att ansökan blir godkänd efter riskbedömning. Försäkringspremien kommer att faktureras retroaktivt när ansökan blir godkänd. Försäkringsgivare för samtliga gruppförsäkringar är Codan Försäkring A/S genom Trygg-Hansa Försäkring filial, org.nr. 516404-4405.

Så behandlar Trygg-Hansa dina personuppgifter

Trygg-Hansa Försäkring filial är personuppgiftsansvarig för deras behandling av dina personuppgifter. Personuppgifterna kan innehålla information om din hälsa och fackliga tillhörighet. De behandlar dina personuppgifter för att administrera din försäkring, till exempel för att kunna beräkna premier, betala ut ersättning om du drabbas av en skada samt göra analyser och beräkningar på statistiskt material. Läs gärna "Information om behandling av personuppgifter" på trygghansa.se/personuppgifter. Där kan du bland annat se vilka uppgifter som används för vilka ändamål, vilka parter de delar dina uppgifter med och vilka rättigheter du har gällande dina personuppgifter. Då du ingår i ett särskilt avtal gäller särskilda villkor och med ändring av det som står i Information om behandling av personuppgifter kommer Trygg-Hansa aldrig dela dina uppgifter med någon part i marknadsföringssyfte. Om du inte har tillgång till internet kan du ringa Trygg-Hansas kundservice på 0771-111 110 för att få informationen. Du är alltid välkommen att kontakta deras dataskyddsombud om du har frågor eller vill ha hjälp. Skriv till dpo@trygghansa.se.