

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* EA (20, 30, 40, 50 pbb) Utökat olycksfallsbegrepp Tecknas mot full arbetsförhet (Besvara även frågan om full arbetsförhet på sid 2)	PBB <input type="text"/>	Självriskalternativ: <input type="checkbox"/> PrivatAccess* silver EA <input type="checkbox"/> 500 kr <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"/> Barntillägg Enbarn, 500 kr självrisk <input type="checkbox"/> Barntillägg Flerbarn, 500 kr självrisk <input type="checkbox"/> Barntillägg Flerbarn, 1 500 kr självrisk
Försäkringsgivare: *Euro Accident Livförsäkring AB		

Information och behandling av personuppgifter samt underskrift av försäkrad

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident och If personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents och Ifs integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident och If 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 inövändningar etc.”

Uppgifterna i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa (tecknar jag som nordisk medborgare intygar jag att jag har tagit del av de särskilda teckningsregler som framgår av förköpsinformation/villkor). Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och ev. rätt till försäkringsersättning kan bortfalla.

I och med min underskrift godkänner jag att ta del av villkoren via internet på www.hjerta.se/villkor-policy

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

Intyg samt underskrift av fullt arbetsför

Är du fullt arbetsför?
D.v.s. att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. 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 arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna.

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

Autogiromedgivande, ansökan samt underskrift kontohavaren

Bankkonto utan bankbok (t.ex. checkkonto) eller Personkonto. Observera att kontohavare under 18 år ej godkänns av Bankgirocentralen

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

Jag har tagit del av reglerna för autogiro och medger, oberoende av denna ansökans handling i övrigt, att inbetald summa tillfaller Nordic Brokers Association som ersättning för deras uppdrag gällande valda gruppörsäkringsmoment.

Autogironummer: **366-3432**

Om jag ovan fyllt i kontonummer, omfattar namnteckningen nedan att jag godkänner överföring av pengar från kontot, enligt denna ansökan, till Nordic Brokers Association.

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	Förmedlare	Kod