

Ansökan Skandia Grupp försäkring

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsstf Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse

***GM** avser gruppmedlem, dvs. anställd på företaget. Premieberäkning sker normalt utifrån GM:s ålder!

****MF** avser medförsäkrad, dvs. make/sambo eller registrerad partner.

Personnummer -Efternamn, Förnamn (GM*)	
Personnummer -Efternamn, Förnamn (MF**)	
Personnummer & namn för barn	
Adress, postnummer & ort (GM*)	
Anställningsdatum GM* (år-mån-dag)	Anställningsnr/Bolagsnr (GM*)
Telefon dagtid, inkl riktnummer (GM*)	E-post (GM*)

Som nyanställd i företaget har du kostnadsfritt försäkringsskydd i tre månader från anställningsdagen (förskydd). Försäkring markerad med → ingår i förskyddet. Om du väljer till ytterligare försäkring får du även dessa försäkringar kostnadsfritt under förskyddstiden (glöm inte att ange anställningsdatum på din ansökan).

LIVFÖRSÄKRING							
<i>Försäkringsbelopp</i>							
Antal Pbb	Kronor	Premie tom 40 år	Premie tom 59 år	Premie tom 65 år	GM	MF	
3 Pbb	127 200 kr	7,00 kr	21,00 kr	59,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Pbb	254 400 kr	14,00 kr	42,00 kr	118,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Pbb	424 000 kr	23,00 kr	70,00 kr	196,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Pbb	636 000 kr	34,00 kr	105,00 kr	294,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 Pbb	848 000 kr	45,00 kr	140,00 kr	392,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se bifogad information för produktens omfattning							
SJUKFÖRSÄKRING							
Månadslön	Belopp/månad	Premie tom 40 år	Premie tom 59 år	Premie tom 65 år	GM		
Upp till 14 499 kr	700 kr	11,00 kr	34,00 kr	46,00 kr	<input type="checkbox"/>		
14 500 kr - 26 999 kr	1 400 kr	22,00 kr	68,00 kr	92,00 kr	<input type="checkbox"/>		
27 000 kr - 32 999 kr	2 100 kr	33,00 kr	102,00 kr	138,00 kr	<input type="checkbox"/>		
33 000 kr och uppåt	2 800 kr	44,00 kr	136,00 kr	184,00 kr	<input type="checkbox"/>		
Se bifogad information för produktens omfattning							
TRYGGHETSKAPITALFÖRSÄKRING							
<i>Försäkringsbelopp</i>							
Antal Pbb	Kronor	Premie tom 40 år	Premie tom 56 år	Premie tom 60 år	GM	MF	
5 Pbb	212 000 kr	21,00 kr	30,00 kr	- kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ 10 Pbb	424 000 kr	42,00 kr	60,00 kr	- kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Pbb	636 000 kr	63,00 kr	90,00 kr	- kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 Pbb	848 000 kr	84,00 kr	120,00 kr	- kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se bifogad information för produktens omfattning							

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsstiftelse Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse KEGBG ÖFM91 2009-12-04

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsst Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse

Personnummer -Efternamn, Förnamn (GM*)
Personnummer -Efternamn, Förnamn (MF**)

OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING - HELTID	Premie tom 65 år	GM	MF
Invaliditetskapital upp till 30 prisbasbelopp	48,00 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bifogad information för produktens omfattning			
BARNFÖRSÄKRING	Premie (oavsett antal barn)	GM	
Invaliditetskapital upp till 30 prisbasbelopp	85,00 kr	<input type="checkbox"/>	
Se bifogad information för produktens omfattning			

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsstiftelse

Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse

KEGBG ÖFM91

2009-12-04

Hälsodeklaration Grupp försäkring

Läs igenom nedanstående information innan du besvarar frågorna

Du som endast vill teckna olycksfalls- eller barnförsäkring behöver inte besvara någon fråga nedan. Underskrift krävs dock alltid.

Du som erbjuds grupp försäkring genom din anställning besvarar fråga nr 1 om du

- endast söker privatvårdsförsäkring
- blivit anställd under de 3 senaste månaderna, är under 60 år och ansöker om **livförsäkring** med högst 10 pbb, **sjukförsäkring** med högst 1 400 kr/månad, **sjukkapitalförsäkring** med högst 15 pbb eller **trygghetskapitalförsäkring** med högst 10 pbb.

I övriga fall besvaras samtliga frågor. Observera att medförsäkrad som söker någon mer försäkring än olycksfallsförsäkring eller privatvårdsförsäkring alltid ska besvara samtliga frågor. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför och söker andra försäkringar än olycksfalls- och barnförsäkring kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför. Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av den som ska försäkras. Vi vill ha dina uppgifter inom 1 månad 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.)

Personuppgifter

Gruppmedlems namn	Medförsäkrads namn
Gruppmedlems personnummer	Medförsäkrads personnummer

Hälsodeklaration

1. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan undantag och inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning. Du får heller inte av hälsoskäl ha särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande.		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?			
2. Din längd och vikt Längd: cm Vikt: kg		Gruppmedlem	Medförsäkrad
3. Röker du dagligen? <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
4. Har du nu eller tidigare (oavsett när) haft någon av följande sjukdomar eller besvär? Om du svarar ja på någon av frågorna 4 a-f och/eller 6-8, lämna kompletterande uppgifter på nästa sida.			
a Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
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	
c Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
d 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	
e Sjukdom i nervsystemet? Epilepsi? Krampanfall? Förlamning? Yrsel? Svinningsanfall? Migrän?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
f Högt blodtryck? Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Kärlekkramp? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
5. Använder du något läkemedel - utöver de eventuella läkemedel du nämnt i tidigare frågor?			
Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Medförsäkrad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vilket/vilka läkemedel?			
Av vilken anledning?			
Receptskrivande läkares namn och fullständiga adress			
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?			
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		
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?			
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		
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?			
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 6-8

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

sid 4(8)

(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?
Kontrolleras du fortfarande?	<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?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<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?
Kontrolleras du fortfarande?	<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?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Under vilken/vilka perioder?

Underskrift

Jag bekräftar att:

- Jag själv besvarat och fyllt i denna hälsodeklaration samt att de lämnade uppgifterna är fullständiga och sanna.
- Jag i samband med denna ansökan om Grupp-försäkring erhållit Skandias förköpsinformation.

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.

Jag medger att:

- Läkare eller annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Skandia de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Skandia anser sig behöva för att handlägga nu aktuell ansökan om försäkring eller försäkringsärende. Inhämtad information arkiveras hos Skandia, oavsett om ansökan bifalles eller inte.
- Premien får dras från min lön (om så är avtalat med min arbetsgivare) och jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Skandia.

Gruppmedlems namn		Medförsäkrads namn	
Gruppmedlems personnummer		Medförsäkrads personnummer	
Underskrift av gruppmedlem		Underskrift av medförsäkrad	
Datum	Telefon dagtid (även riktnr)	Datum	Telefon dagtid (även riktnr)

Ansökan skickas till

Skandia, Dokumenthantering, R805, 106 37 Stockholm

Ofullständigt ifyllt ansökan återsänds

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

Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ)
Säte: Stockholm Org.nr: 502019-6365

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsst Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse

Information om Skandias Gruppförsäkring

Detta är en kortfattad beskrivning av försäkringarna i gruppavtalet. Vid skadereglering används försäkringsvillkoren för gruppörsäkring. Ytterligare information hittar du på [skandia.se/fguideGruppmedlem \(GM\)](http://skandia.se/fguideGruppmedlem) - avser anställd på företaget/medlem i förbund.

Medförsäkrad (MF) - avser gruppmedlems make/sambo/registrerade partner.

Med premie avses premie per person och månad (månadspremie).

LIVFÖRSÄKRING

En livförsäkring innebär att ett engångsbelopp betalas ut till förmånstagaren vid dödsfall. Förutom dödsfallskapital ingår även barnlivförsäkring. Livförsäkringen innehåller inget sparande utan är en ren riskförsäkring. Om du förutom grupplivförsäkringen har andra livförsäkringar kan ersättning utbetalas från samtliga försäkringar. Du kan själv välja vilket försäkringsbelopp som passar dig och din familjs behov. Alternativen finner du på ansökan. Dödsfallskapitalet betalas ut om du avlider under försäkringstiden. Förmånstagare till utfallande försäkringsbelopp är, om inte du skriftligen anmält annat förordnande till Skandia, i nedan angivna ordning: För gruppmedlemmens försäkring

- make, registrerad partner eller sambo
- gruppmedlemmens arvingar.

För försäkring på medförsäkrads liv

- gruppmedlemmen, om denne är den medförsäkrades make, registrerad partner eller sambo

b) den medförsäkrades arvingar. Barnlivförsäkringen gäller för försäkrads arvsberättigade barns dödsfall. Försäkringsbelopp vid dödsfall är 1 pbb. Försäkringen gäller längst till utgången av den månad barnet fyller 18 år. Upphör livförsäkringen dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla. För att omfattas av barnlivförsäkringen gäller att barnet inte har fyllt 16 år, att föräldrar inte beviljats vårdbidrag för barnet eller att barnet inte vårdas på sjukhus eller annan vårdinrättning vid tecknandet av livförsäkringen. Premieberäkning sker utifrån gruppmedlems ålder. Försäkringen gäller längst t.o.m. den månad gruppmedlemmen fyller 65 år.

Försäkringen kan tecknas av GM/MF.

Försäkringsgivare: Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ)

SJUKFÖRSÄKRING

Sjukförsäkringen lämnar ersättning om du drabbas av nedsatt arbetsförmåga till minst 25 %. Ersättning betalas ut efter karenstid. Karenstidens längd är beroende av de sjukförmåner enligt kollektivavtal eller motsvarande som du omfattas av. Karenstiden är dock alltid minst 90 dagar. Försäkringen ger dig ersättning för en sammanhängande period av nedsatt arbetsförmåga om totalt 5 år eller totalt 5 års ersättning under en 7-årsperiod. När maximal ersättning utbetalats upphör sjukförsäkringen. Den samlade ersättningen från Försäkringskassan, tjänstepension och sjukförsäkringen får maximalt kompensera 90 % av din inkomst. Om överförsäkring föreligger kan det innebära att sjukförsäkringens omfattning begränsas eller att sjukförsäkringen upphör att gälla. Om du, inom 18 månader från den tidpunkt då sjukförsäkringen började gälla, drabbas av nedsatt arbetsförmåga i någon av de diagnoser som anges nedan betalas ingen ersättning ut. Detta gäller även om sjukperioden pågår efter de 18 månaderna. Följande diagnoser omfattas av denna inskränkning: depressiva tillstånd, utbrändhet, ålders- och förslitningsrelaterade smärttillstånd i rygg, leder och muskler samt fibromyalgi. Ersättningstiden kan begränsas om du inom 2 år efter tecknandet insjuknar i en sjukdom som du under de senaste 2 åren före tecknandet haft nedsatt arbetsförmåga för i mer än 30 dagar i följd. Läs mer om detta i villkoren. Vilken nivå du kan välja på försäkringsbeloppet i sjukförsäkringen beror på din inkomst. Du ansvarar själv för att fortlöpande kontrollera att du har rätt ersättningsnivå i din sjukförsäkring. Sjukförsäkringsbeloppet anpassas inte med automatik till din lönenivå. Du måste själv ansöka om rätt nivå när din lön medger högre belopp. Detta gör du genom att fylla i en ny ansökan med hälsodeklaration. Försäkringen gäller längst t.o.m. den månad gruppmedlemmen fyller 65 år.

Försäkringen kan tecknas av GM.

Försäkringsgivare: Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ)

TRYGGHETSKAPITALFÖRSÄKRING

Försäkringen lämnar ersättning för bestående nedsatt arbetsförmåga till minst 25 % under förutsättning att du före din 60-årsdag haft en sammanhängande nedsatt arbetsförmåga under en period om 3 år eller totalt 3 år under en 5-årsperiod. Om du, inom 18 månader från den tidpunkt då trygghetskapitalförsäkringen började gälla, drabbas av nedsatt arbetsförmåga i någon av de diagnoser som anges nedan betalas ingen ersättning ut. Detta gäller även om sjukperioden pågår efter de 18 månaderna. Följande diagnoser omfattas av denna inskränkning: depressiva tillstånd, utbrändhet, ålders- och förslitningsrelaterade smärttillstånd i rygg, leder och muskler samt fibromyalgi. Ersättningens storlek bestäms av tecknat försäkringsbelopp, din ålder då rätten till ersättning inträder samt grad av bestående nedsatt arbetsförmåga. För trygghetskapitalförsäkringen betalas ingen premie fr.o.m. det år gruppmedlem fyller 57 år. Oavsett medförsäkrads ålder upphör premiebetalningen fr.o.m. det år gruppmedlem fyller 57 år. Försäkringsbeloppet reduceras vid helt nedsatt arbetsförmåga med 4 procentenheter per år fr.o.m. 30 års ålder t.o.m. 44 års ålder. Fr.o.m. 45 års ålder reduceras försäkringsbeloppet med 2 procentenheter per år t.o.m. 59 års ålder. Försäkringen gäller längst t.o.m. den månad som den försäkrade fyller 60 år. Försäkringen upphör dessförinnan att gälla när ersättning motsvarande helt nedsatt arbetsförmåga har betalats ut. Medförsäkrads försäkring upphör dock alltid när gruppmedlem lämnar gruppavtalet. Premieberäkning sker utifrån gruppmedlems ålder. Från 55 års ålder kan försäkringen inte nytecknas eller utökas.

Försäkringsbeloppet reduceras vid helt nedsatt arbetsförmåga med 4 procentenheter per år fr.o.m. 30 års ålder t.o.m. 44 års ålder. Fr.o.m. 45 års ålder reduceras försäkringsbeloppet med 2 procentenheter per år t.o.m. 59 års ålder.

Försäkringen kan tecknas av GM/MF.

Försäkringsgivare: Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ)

Prisbasbeloppet år 2010: 42 400 kr

Ring gärna någon av oss om du har frågor:

Pingstförs.Pensionsstiftelse, Peter Lindskog tfn 08-6192551

Skandia Gruppörsäkring, tfn 020-55 55 00

Avtal: 22500 Pingstförs.Pensionsst Enhet: 22501 Pingstförs.Pensionsstiftelse

OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING - HELTID

Försäkringen gäller dygnet runt och omfattar ersättning för nedanstående moment vid olycksfallsskada. En förutsättning för rätt till ersättning är att skadan krävt läkarvård. Det finns inga begränsningar för särskilt riskfyllda aktiviteter och försäkringen gäller utan självrisk. Vid tecknandet av olycksfallsförsäkring krävs ingen hälsoprövning.

En olycksfallsskada är en kroppsskada som du ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse. **Ersättning kan lämnas för:** Läkerekostnader - Tandskadekostnader - Resekostnader - Merkostnader upp till 3,5 prisbasbelopp - Rehabiliteringskostnader upp till 2 prisbasbelopp - Krisförsäkring - Sveda och värk - Medicinsk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ekonomisk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ärrersättning - Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp.

Invaliditetsersättningens storlek bestäms av försäkringsbeloppet, ålder vid skadetillfället samt invaliditetsgrad. Försäkringsbeloppet reduceras vid medicinsk invaliditet med 2,5 procentenheter per år fr.o.m. 46 år och vid ekonomisk invaliditet med 5 procentenheter per år fr.o.m. 46 år. Försäkringen gäller längst t.o.m. den månad gruppedlemmen fyller 65 år.

Försäkringen kan tecknas av GM/MF.

Försäkringsgivare: Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)

BARNFÖRSÄKRING

Barnförsäkringen ger ett försäkringsskydd både vid olycksfall och sjukdom och gäller för arvsberättigat barn till dig som är gruppedlem. Barn till din make/registerade partner/sambo omfattas om din make/registerade partner/sambo är folkbokförd på samma adress som du. En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallet eller sjukdomen krävt läkarvård. Det finns inga begränsningar för särskilt riskfyllda aktiviteter och försäkringen gäller utan självrisk. Vid tecknande av barnförsäkringen krävs ingen hälsoprövning. Barn fött utanför Norden omfattas av olycksfallsförsäkringen så snart det kommit till Sverige. Sjukförsäkringen gäller inte förrän barnet varit i Sverige minst ett år och genomgått adoptivbarnsundersökning eller motsvarande allsidig läkarundersökning samt följts upp på barnavårdscentral eller hos barnläkare. **Vid olycksfallsskada kan ersättning lämnas för:** Läkerekostnader - Tandskadekostnader - Resekostnader - Merkostnader upp till 3,5 prisbasbelopp - Rehabiliteringskostnader upp till 2 prisbasbelopp - Ersättning vid sjukhusvistelse under högst 365 dagar, gäller längst t.o.m. 18 års ålder - Krisförsäkring för barn över 16 år - Medicinsk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ekonomisk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ärrersättning - Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp. En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse. **Vid sjukdom kan ersättning lämnas för:** Ersättning vid sjukhusvistelse under högst 365 dagar, gäller längst t.o.m. 18 års ålder - Medicinsk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ekonomisk invaliditet upp till 30 prisbasbelopp - Ärrersättning - Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp. Sjukförsäkringen lämnar inte ersättning för följder av sjukdom, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning eller för följder av olycksfallsskada som inträffat innan Skandias ansvarighet inträtt. Försäkringen lämnar heller inte ersättning för medfödda sjukdomar eller för sjukdomar som uppkommit under första levnadsmånaden. Inskränkningarna tillämpas dock inte om symtom på sådan åkomma visat sig först sedan barnet fyllt 6 år. Av försäkringsvillkoren framgår vilka medfödda sjukdomar som är helt undantagna från ersättning. Exempel på sådana sjukdomar är DAMP, ADHD och Autism. Invaliditetsersättningens storlek bestäms av försäkringsbeloppet och invaliditetsgraden. Barnförsäkringen gäller längst t.o.m. det kalenderår barnet fyller 25 år. Du måste själv anmäla när yngsta barnet uppnått slutåldern. Barnet kan inom tre månader efter uppnådd slutålder teckna vidareförsäkring.

Försäkringsgivare: Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)

Allmän information om Skandia Gruppförsäkring

Gruppavtalet - Till grund för gruppförsäkringen ligger ett avtal mellan Skandia och t.ex. en arbetsgivare, en förening eller ett förbund. Gruppen kan bestå av de anställda vid ett företag eller medlemmarna i en förening eller ett förbund. En förutsättning för att en enskild försäkring ska kunna vara giltig är att gruppavtalet gäller. Skandia har rätt att vid förlängning av en försäkring ändra försäkringsvillkoren. Om sådan ändring sker tillämpas de förändrade försäkringsvillkoren först vid närmast följande förfallodag. Skandia har även rätt att ändra villkoren under försäkringstiden om förutsättningarna för avtalet förändras p.g.a. ändrad lagstiftning. Om ett försäkringsfall inträffar regleras detta enligt de villkor som gäller när försäkringsfallet inträffar. För gruppavtalet och försäkringarna tillämpas svensk lag. Denna information bygger på lagstiftning som gällde vid tidpunkten för informationens framställande. Observera att lagstiftningen kan komma att ändras.

När börjar försäkringen gälla? - Frivillig gruppförsäkring gäller fr.o.m. den tidpunkt ansökan görs till Skandia under förutsättning att kraven för anslutning till försäkringen är uppfyllda och fullständiga ansökningshandlingar inkommit till Skandia samt om inget annat anges i gruppavtalet. Sker anslutning genom att inte avböja försäkringen, anses anslutningen ske när tiden för avböjande går ut. Obligatorisk gruppförsäkring gäller fr.o.m. dagen efter den då gruppavtalet ingicks eller, om någon inträder i gruppen senare, fr.o.m. dagen efter inträdet, om inget annat anges i gruppavtalet. Försäkringen kan sedan, på de villkor Skandia anger, förlängas med 1 år i taget. Ansökan om försäkring kan göras så länge du tillhör gruppen och inte uppnått försäkringens högsta inträdesålder.

Har du rätt att ångra dig? - Är du inte nöjd med ditt köp av gruppförsäkring har du rätt att ångra dig. Om du meddelar Skandia inom 30 dagar från den dag du fått bekräftelse på att försäkringen börjat gälla kan du omedelbart avsluta avtalet. Du får då tillbaka inbetald premie. Om du vill utnyttja din ångerrätt kontakta Skandia på 020-55 55 00 eller via e-post grupp@skandia.se.

Hur beräknas och betalas premien? - Premie beräknas för 1 år i sänder och bestäms på grundval av gruppens sammansättning såsom ålder och kön. Premien är beräknad för att täcka förväntade skadekostnader och omkostnader för administration, information och försäljning. Premie kan betalas genom löneavdrag, inbetalningskort eller autogiro.

Krävs någon hälsoprövning? - För anslutning till försäkringen krävs att du är fullt arbetsför. I de fall då särskild hälsoprövning krävs för att anslutas till försäkringen eller höja/utöka försäkringsskyddet, framgår detta av ansökan. Med fullt arbetsför menas att du kan fullgöra sitt vanliga arbete utan undantag och inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning. Du får heller inte av hälsoskäl ha särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande.

Hur länge gäller försäkringen? - Betalas inte försäkringen i rätt tid har Skandia rätt att säga upp försäkringen. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter det att meddelande om uppsägning sänts under förutsättning att premien inte betalas inom denna tid. Försäkringen upphör också om gruppavtalet upphör. När gruppförsäkringen upphör kan du ha rätt att teckna fortsättningsförsäkring, seniorförsäkring eller vidareförsäkring.

Gruppmedlem (GM) - Gruppförsäkringen gäller längst till dess gruppmedlem uppnår den i gruppavtalet angivna slutåldern. Försäkringen upphör dessförinnan att gälla vid utgången av den månad gruppavtalet upphör, gruppmedlem väljer att inte vara försäkrad eller inte längre tillhör den i gruppavtalet bestämda grupp av personer som kan försäkras.

Medförsäkrad (MF) - Upphör gruppmedlems försäkring upphör också medförsäkrads försäkring att gälla. Medförsäkrads försäkring upphör dessutom att gälla dessförinnan vid utgången av den månad gruppmedlem avlider eller äktenskapet, det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med gruppmedlem upplöses.

Vad händer om någon uppgift är oriktig eller ofullständig? - Om oriktiga eller ofullständiga uppgifter lämnats i samband med ansökan som är av betydelse för bedömning av din rätt till försäkring, kan det medföra att försäkringen inte gäller vid försäkringsfall. Din försäkring kan då komma att sägas upp. Skandia kan komma att kontrollera dina uppgifter med vårdgivare eller försäkringsinrättning.

Vilka skatteregler gäller? - Utbetalda försäkringsbelopp är fria från inkomstskatt. Premie för gruppförsäkring får inte dras av i självdeklaration.

Försäkringsgivare Under respektive försäkring framgår vem som är försäkringsgivare. Försäkringsgivarna står under tillsyn av Finansinspektionen.

Prövning av beslut i försäkringsärende - De gånger då Skandia fattat ett beslut angående din försäkring som du inte är nöjd med bör du i första hand försöka få beslutet omprövat hos Skandias klagomålsansvariga. Om du inte är nöjd med det svar du får från dem kan du vända dig till Skandias Kundombudsman för att få ditt ärende prövat. Kundombudsmannen har en fristående och oberoende ställning i förhållande till Skandias organisation. Allmänna reklamationsnämnden har en särskild avdelning för försäkringsfrågor. Konsumenternas försäkringsbyrå kan lämna upplysningar i försäkringsfrågor. Försäkringsärenden kan också prövas i svensk domstol, i första hand vid tingsrätt.

Skandias klagomålsansvarig
106 55 Stockholm
Tfn: 08-788 44 85
E-post: klagomalsansvarig@skandia.se
Skandias Kundombudsman (KO)
106 55 Stockholm
Tfn: 08-788 43 30
E-post: kundombudsmannen@skandia.se

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som lämnas till Livförsäkringsaktiebolaget Skandia (publ) eller Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ), som är personuppgiftsansvariga, kommer att behandlas av bolagen och andra bolag i Skandiakoncernen för att bolagen ska kunna fullgöra ingångna avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade men kan också komma att inhämtas från arbetsgivaren eller någon annan. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, till exempel Spar. Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Vidare kan uppgifterna komma att användas för att informera om Skandiakoncernens tjänster och produkter med de begränsningar som följer av avtal. Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag i Skandiakoncernen och andra företag som bolag i Skandiakoncernen samarbetar med, såväl inom som utom EU- och EES-området. Den som inte vill ta emot adresserade erbjudanden kan kontakta bolagets kundtjänst och begära s.k. reklamspärr. Skandiakoncernen kommer vid behandlingen av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Uppgifterna kommer endast att göras tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete för Skandiakoncernens räkning. Dessa personer kommer endast att få tillgång till uppgifterna i den utsträckning som behövs för att de ska kunna utföra sitt arbete. Bolaget kan komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med bolaget. Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad rätt att få information om och rättelse av de personuppgifter som registrerats. En sådan begäran framställs skriftligen till Skandia, 106 55 Stockholm. Märk kuvertet "Information om personuppgifter".