

Nyteckning     Ändring /tillägg    Avtalsnummer: 200059

» Försäkringstagare (om annan än försäkrad)

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| Namn/Företagsnamn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Utdelningsadress  | Postnummer och ort               |

» Personuppgifter försäkrad

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| Namn             | Personnummer       |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |
| Telefon          | E-post             |

» Personuppgifter medförsäkrad (maka/make, registrerad partner eller sambo)

|         |              |
|---------|--------------|
| Namn    | Personnummer |
| Telefon | E-post       |

» Medförsäkrade barn

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Namn och personnummer | Namn och personnummer |
| Namn och personnummer | Namn och personnummer |

» Premiebetalare (om annan än försäkringstagare)

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| Namn/Företagsnamn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Utdelningsadress  | Postnummer och ort               |

» Betalning

|  |                                      |                                     |                                    |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Månad (endast autogiro) | <input type="checkbox"/> Kvartalsavi | <input type="checkbox"/> Halvårsavi | <input type="checkbox"/> Helårsavi |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

» Nedanstående uppgifter ifylles av Avanza

|                       |                 |         |
|-----------------------|-----------------|---------|
| Avanza säljarens namn | Kod 66473/68473 | Telefon |
|-----------------------|-----------------|---------|

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö

www.euroaccident.se

077-440 00 10

## Försäkringsinformation

### Försäkringsalternativ

De försäkringsprodukter som kan sökas framgår under "Försäkringsalternativ" nedan. Försäkringsbeloppet är maximerat till totalt 50 Pbb för kombinationen *Olycksfallsförsäkring* och *Sjuk- och olycksfallsförsäkring*.

### Om gruppförsäkring

Gruppförsäkring kan tecknas av den som fyllt 16 år fram till 65-årsdagen, bosatt och folkbokförd i Sverige samt berättigad till ersättning från svensk försäkringskassa. Slutålder är utgången av den månad den försäkrade fyller 67 år. Kan även tecknas för nordiska medborgare, se förköpsinformation/villkor för särskilda regler.

### Medförsäkrade barn

Arvsberättigade barn kan medförsäkras i *Barn- och ungdomsförsäkring* samt i *PrivatAccess*, kan tecknas till 20-årsdagen, slutålder 25 år. Du behöver endast uppge namn och personnummer för att medförsäkra barn.

### Prisbasbelopp

Prisbasbelopp (Pbb) fastställs årligen av regeringen. Det speglar den allmänna prisutvecklingen.

### Premier

Beträffande premier, hänvisas till separat premieblad.

## Försäkringsalternativ

För alternativ markerat med:

- H** besvara hela *Hälsodeklarationen* på sida tre,
- I** besvara endast fråga ett på sidan tre, *Intygande om full arbetsföret*,

Anslutning önskas för:  
**Grupp-** **Med-**  
**medlem** **försäkrad**

|   |        |                          |                          |
|---|--------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. Livförsäkring med barnskydd <b>H</b></b><br>Vid dödsfall utbetalas ett engångsbelopp, dödsfallskapital, enligt det Generella förmånstagarförordnandet om inte annat meddelats. Barnskydd utbetalar 1 Pbb om barnet avlider före 18 års ålder. | 10 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 50 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Olycksfallsförsäkring <b>I</b></b><br>Försäkringen lämnar ersättning vid olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor.   | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 50 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Sjuk- och olycksfallsförsäkring <b>H</b></b><br>Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor.  | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 50 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Barn- och ungdomsförsäkring</b><br>Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada.  | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | 50 Pbb | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>5. PrivatAccess Silver   Sjukvårdsförsäkring <b>I</b></b><br>Försäkringen omfattar planerad sjukvård i Sverige. E-vård ingår. Försäkringen tecknas med självrisk, 500 kr/skada.  |        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Barn   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>Flerbarnspremie stängd för nyteckning - endast tillägg/ändring på befintlig försäkring tillåten.</b>   |        |                          |                          |

Gruppmedlem

Medförsäkrad

» Personuppgifter

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| Namn             | Personnummer       |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |
| Telefon          | E-post             |

» Hälsfrågor

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer nio frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Du som inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Fullt arbetsför

|   |  |
|---|--|
| 1. Är du fullt arbetsför?<br><br>Med fullt arbetsför menas 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, 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. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Har du varit fullt arbetsför de senaste 3 månaderna? Besvaras endast om du söker <i>Livförsäkring med förtidskapital</i> eller <i>Förtidskapital</i> .   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Allmänt

|  |  |
|--|--|
| 3. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg |  |
| 4. Röker du?                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

|  |  |
|--|--|
| 5. Har du syn- och/eller hörsel? Vid när-/översynthet, ange dioptritalet. Dioptrital _____<br><b>Om Ja</b> , ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra.  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjuk-gymnast eller naprapat etc.)<br><b>Om Ja</b> , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 6a. Beskriv besvären/symptomen med egna ord.   |  |
| 6b. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad.  |  |
| 6c. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad.  |  |
| 6d. När behandlades du senast för den aktuella åkomman? År/månad.  |  |
| 6e. Är du symptomfri? <b>Om Ja</b> , när blev du symptomfri? År/månad.<br><b>Om Nej</b> , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

|  |  |
|--|--|
| 6f. Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress.  |  |
| 7. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? <b>Om Ja</b> , ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom/skada.<br><br>Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____<br><br>Fr.o.m _____ t.o.m _____ Diagnos _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 8. Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin?<br><br>Ange vilken/vilka mediciner du använder samt receptskrivande vårdgivare.   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

|  |  |
|--|--|
| 9. Har du någon gång haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel?<br><br><b>Om Ja</b> , ange vad. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|--|

» Information om behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident 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 integritetspolicy som finns på [www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicyen, innehåller bland annat information om hur Euro Accident 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 invändningar etc.

**Hälsodeklarationen ska skickas in tillsammans med ansökan till Euro Accident inom 30 dagar från underskriftsdatum.**

» Underskrift

Uppgifterna i denna hälsodeklaration 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 eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitar för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Ort och datum (ÅÅMMDD) | Underskrift |
| Namnförtydligande      |             |

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö  
[www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) 077-440 00 10

# Medgivande Betaling via Autogiro

## » Personuppgifter

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Namn på försäkrad                           | Personnummer                     |
| Premiebetalare (om annan än den försäkrade) | Personnummer/Organisationsnummer |
| Clearingnummer*                             | Kontonummer**                    |
| Bankens namn                                |                                  |

\* Clearingnumret är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9xxxxx. Utelämnas då femte siffran, i detta fall 9. Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

\*\* Vid tveksamhet om kontonumret, var god kontakta din bank.

## » Betalningsintervall

|                                |                                 |                                  |                                |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helår | <input type="checkbox"/> Halvår | <input type="checkbox"/> Kvartal | <input type="checkbox"/> Månad |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

## » Medgivande till betalning via autogiro

Med betalningsmottagare i texten nedan avses Euro Accident Livförsäkring AB.

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro.

Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten.

Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren.

Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

## » Betalarens underskrift

Jag har tagit del av och godkänner ovanstående och villkoren (se nästa sida) för autogirobetalning

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| Ort och datum (ÅÅMMDD) | Namn-teckning |
|------------------------|---------------|

## Villkor för betalning via Autogiro

### Beskrivning

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

### Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

### Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen.

Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

### Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot

på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

### Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

### Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

### Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.