

# Ansökan Försäkring Direkt Liv & Hälsa

Skickas med post till: **Försäkring Direkt, Box 38044, 100 64 Stockholm** eller med e-post: [kundservice@forsakringdirekt.com](mailto:kundservice@forsakringdirekt.com).

PERSONUPPGIFTER			
Förnamn och efternamn		Personnummer	
Adress		Telefonnummer	
Postnummer	Ort	E-post	
Medförsäkrads (make/maka/sambo) förnamn och efternamn		Personnummer medförsäkrad	

NAMNUNDERSKRIFT		
Jag intygar att alla uppgifter i denna ansökan, samt kompletterande hälsodeklaration, är sanningsenliga.		
Underskrift av försäkringstagare		Underskrift av medförsäkrad
Datum	Ort	E-post

Var vänlig fyll i önskad omfattning och försäkringsbelopp på baksidan av detta papper. >>

VÄLJ FÖRSÄKRING OCH BELOPP Prisbasbeloppet (pbb) 2018: 45 500 kr	MÅNADS- PREMIE	GRUPP- MEDLEM	MED- FÖRSÄKRAD
<b>1. OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING</b>			
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- och ekonomisk invaliditet		18-67 år	
20 pbb		36 kr	
30 pbb		48 kr	
40 pbb		60kr	
<b>2. SJUKFÖRSÄKRING (LÖPANDE UTBETALNING)</b>			
36 MÅNADERS UTBETALNINGSGRÄNS - tecknas beroende på lönenivå.			
Månadslön	Belopp per månad	18-35 år	36-59 år 60-67 år
- 14 499 kr	500 kr	5 kr	9 kr 27 kr
14 500 - 26 999 kr	1 000 kr	11 kr	20 kr 53 kr
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	16 kr	29 kr 80 kr
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	21kr	41 kr 113 kr
50 000 -	3 500 kr	36 kr	68 kr 188 kr
60 MÅNADERS UTBETALNINGSGRÄNS - tecknas beroende på lönenivå.			
Månadslön	Belopp per månad	18-35 år	36-59 år 60-65 år
- 14 499 kr	500 kr	7 kr	15 kr 27 kr
14 500 - 26 999 kr	1 000 kr	15 kr	31 kr 53kr
27 000 - 39 999 kr	1 500 kr	16 kr	45 kr 80 kr
40 000 - 49 999 kr	2 100 kr	29 kr	64 kr 112 kr
50 000 -	3 500 kr	49 kr	108 kr 187 kr
<b>4. DIAGNOSFÖRSÄKRING</b>			
Ersättningsbelopp 30 dagar efter fastställd diagnos		18-35 år	36-59 år 60-67 år
1 pbb		8 kr	23 kr 41 kr
2 pbb		16 kr	44 kr 81 kr
3 pbb		24 kr	67 kr 123 kr
<b>5. SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING</b>			
Ersätter kostnader i samband med privat sjukvård, självrisk 600 kr.		16-35 år	36-59 år 60-67 år
		196 kr	335 kr 605 kr
<b>6. LIVFÖRSÄKRING – INKLUSIVE BARNGRUPPLIV</b>			
Ersätter efterlevande vid dödsfall. Dessutom ingår även barngruppliv som ersätter vid barns dödsfall.		18-35 år	36-59 år 60-67 år
6 pbb		15 kr	36 kr 99 kr
10 pbb		24 kr	59 kr 164 kr
15 pbb		36 kr	89 kr 245 kr
20 pbb		48 kr	119 kr 327 kr
30 pbb		71 kr	177 kr 491 kr
40 pbb		95 kr	237 kr 655 kr
<b>7. FÖRTIDSKAPITAL</b>			
Ersättning utbetalas efter 36 månaders arbetsförmåga.			18-65 år
6 pbb			20 kr
10 pbb			33 kr
15 pbb			51 kr
20 pbb			67 kr
30 pbb			100 kr
40 pbb			133 kr
<b>8. BARNFÖRSÄKRING – SJUK OCH OLYCKSFALL FÖR SAMTLIGA BARN</b>			
Högsta ersättningsbelopp vid medicinsk- och ekonomisk invaliditet. Gäller till utgången av det kalenderår barnet barnet/barnen fyller 25 år.	Premie per månad		
20 pbb	80 kr		
30 pbb	105 kr		
40 pbb	136 kr		
50 pbb	165 kr		

Fylls i av rådgivare/administratör

Försäkringsnr/Pensionsplan		<input type="checkbox"/> Ändring
		<input type="checkbox"/> Nyteckning
Ärendenr Puls	Ärendeid Ett Liv	<input type="checkbox"/> Friplan <input type="checkbox"/> Reflex <input type="checkbox"/> OSV
		<input type="checkbox"/> Annat:

Försäkringsnr Sjukvårdsförsäkring	<input type="checkbox"/> Individuell Komplett
	<input type="checkbox"/> Individuell
Försäkringstagarens organisationsnr	<input type="checkbox"/> Ändring
	<input type="checkbox"/> Nyteckning

**A**

Mina uppgifter	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid (inkl riktnr)
Postnummer och ort	Telefon kvällstid (inkl riktnr)
E-postadress	Mobiltelefon

Så här gör du

- A** Fyll i "Mina uppgifter"
- B** Fyll i "Frågor om din hälsa"
- C** Om du kryssat i någon cirkel fyller du i "Kompletterande frågor". Annars går du till avsnitt D på sid 4.
- D** Skriv under Min hälsa.

Tänk på att ta upp alla dina kontakter med sjukvården under de senaste 5 åren.

För att du ska få rätt försäkringsskydd är det viktigt att du tar dig tid att läsa igenom och noggrant besvarar alla frågor. Försäkringsavtalet kan bli ogiltigt om du skulle lämna oriktiga uppgifter. Den information du lämnar behandlar vi strikt konfidentiellt.

**B**

Frågor om din hälsa	
1. Är du bosatt och folkbokförd i Sverige sedan minst två år?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nej
2. Är du fullt arbetsför och kan utföra ditt vanliga arbete? Fullt arbetsför är den som: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall</li> <li>• inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande</li> <li>• inte har varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste 3 månaderna</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nej
3. Har du nedsatt syn med mer än minus 8 dioptrier? Har du sökt läkare eller annan sjukvårdspersonal (avser ej optiker) för nedsatt syn, ögonsjukdom eller ögonskada?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du sökt läkare, annan sjukvårdspersonal eller hörselklinik för nedsatt hörsel, öronsjukdom/skada eller tinnitus?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har du skadat dig så att du fått bestående besvär, kvarstående skada eller tvingats till amputation?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Är det planerat att du ska genomgå någon operation eller har du något annat besök hos läkare inbokad?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Har du under de senaste 5 åren varit i kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för något av nedanstående:</b>	
7. Besvär med nacken, ryggen, leder eller muskler. Vid flera olika besvär ska dessa anges i separata rutor sid 3.	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Astma, andra besvär från andningsvägarna eller allergiska besvär?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Psykiska besvär, ångest, depression, psykisk sjukdom, utbrändhet, utmattningssyndrom eller trötthetssyndrom?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, bröstsmärtor, förhöjda blodfetter, förhöjda sockervärden eller diabetes (gäller även kontroller)?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Har du varit sjukskriven, inte kunnat arbeta av hälsoskäl eller av läkare ordinerats sjukskrivning helt eller delvis under mer än 14 dagar i följd, på grund av sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Har du blivit kallad av eller sökt hos läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog eller psykoterapeut för annat som du hittills inte tagit upp? Gäller även problem orsakade av alkohol, narkotika eller annat missbruk.	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
13. Har du använt eller av läkare blivit rekommenderad att använda något läkemedel för sjukdom eller besvär som du hittills inte tagit upp?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Övriga uppgifter</b>	
14. Har du utöver vad du redan har besvarat, något fel eller misstänker att du har något fel, på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, besvär eller annat kroppsfel?	<input type="radio"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
15a. Din längd? <input type="text"/> cm	15b. Din vikt? <input type="text"/> kg
16. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
17. Vad arbetar du med?	

**C**

Om du bara kryssat i kvadrater , gå till sid 4 för underskrift.  
Om du har satt något kryss i en cirkel , fortsätt till sid 3 för att komplettera.

**1. Är du bosatt ...**

- A. I vilket land bodde du tidigare?  
 B. Under vilken period bodde du där?  
 C. När flyttade du därifrån?  
 D. Ange medborgarskap.  
 Fråga J och K behöver inte besvaras.

**2. Om du inte är fullt arbetsför ...**

- A. Varför kan du inte utföra ditt vanliga arbete?  
 B. Vilken typ av ersättning får du?  
 Besvara även fråga J och K.

**3. Syn**

- A. Är din syn nedsatt med mer än 8 dioptrier?  
 B. Har du eller har du haft besvär med dubbelseende, näthinneavlossning eller inflammation i synnerven?  
 Ange vilket  
 C. Har du eller har du haft någon annan ögonsjukdom? Ange vilken.  
 D. När hade du besvär första gången?  
 E. Hur ofta har du haft besvär?  
 F. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**4. Hörsel**

- A. Besväras du av öronsusningar, tinnitus, eller har du någon annan öronsjukdom? Ange vad.  
 B. Är du döv på något öra? Vilket?  
 C. Har du nedsatt hörsel på grund av något annat? Ange orsak.  
 D. När hade du besvär första gången?  
 E. Hur ofta har du haft besvär?  
 F. När hade du besvär senast?  
 G. Har din hörsel försämrats under de senaste 5 åren?  
 Besvara även fråga J och K.

**5. Har du skadat dig ...**

- A. Ange vilka besvär eller vilken skada du har.  
 B. Vilken typ av ersättning har du fått – invaliditetsersättning, handikapp ersättning eller livränta?  
 C. Vilken invaliditetsgrad har fastställts?  
 D. När inträffade skadan?  
 E. Är du besvärsfri? Om ja, sedan när?  
 Besvara även fråga J och K.

**6. Planerade läkarbesök**

- A. Vilken är orsaken till läkarbesöket/operationen?  
 B. När är läkarbesöket/operationen?  
 Besvara även fråga J och K.

**7. Besvär med ...**

- A. Har du eller har du haft ryggbesvär ange var, nacke, skuldra, bröstrygg, länderyg, bäcken, svanskotor?  
 B. Har du eller har du haft diskbråck eller har du fått diagnosen förslitningsskada eller artros? Ange vad.  
 C. Har du eller har du haft muskel eller ledbesvär? (Exempelvis axlar, höfter eller knän). Ange vilka besvär, var och höger/vänster.  
 D. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 E. Vilken behandling får du eller har du fått, till exempel sjukgymnastik eller operation?  
 F. När hade du besvär första gången?  
 G. Hur ofta har du haft besvär?  
 H. När hade du besvär senast?  
 I. Ska du på kontroll? När?  
 Besvara även fråga J och K.

**8. Astma ...**

- A. Vilka besvär har du?  
 B. Vad utlöser dina besvär?  
 C. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för besvären?  
 Fortsätt med fråga D i nästa spalt.

- D. Om ja, hur ofta och med vilken/vilka mediciner?  
 E. När hade du besvär första gången?  
 F. Hur ofta har du haft besvär?  
 G. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**9. Psykiska besvär ...**

- A. Ange vad.  
 B. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 C. När hade du besvär första gången?  
 D. Hur ofta har du haft besvär?  
 E. När hade du besvär senast?  
 Besvara även fråga J och K.

**10. Förhöjt blodtryck ...**

- A. Om du har eller har haft förhöjt blodtryck, ange ditt senaste blodtrycksvärde.  
 B. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för blodtrycket? Vilken/vilka?  
 C. Har du eller har du haft förhöjda blodfetter?  
 D. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för blodfetter? Vilken/vilka?  
 E. Om du har eller har haft förhöjda sockervärden eller diabetes, ange debutålder. Vilken behandling har du: kost, tablettmedicinering eller insulin?  
 F. Har du eller har du haft hjärt- och bröstsmärtor eller annan kärlsjukdom? Ange vad.  
 Besvara även fråga J och K.

**11. Sjukskrivning**

- A. Varför?  
 B. Vilken ordination eller behandling har du fått (exempel sjukgymnastik, medicinering, operation, strålbehandling)?  
 C. Använder du eller har du blivit rekommenderad att använda medicin för detta? Vilken/vilka?  
 D. Sedan när är du besvärs- och symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**12. Övrigt**

- A. Vilken sjukdom, skada eller vilket/vilka men eller besvär har du sökt för?  
 B. Under vilken tid var du sjuk eller hade du besvär?  
 C. Vilken ordination, behandling har du fått (till exempel sjukgymnastik, medicinering, operation, strålbehandling, avgiftningar)? Ange namn på eventuell medicin.  
 D. Sedan när är du besvärs- och symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**13. Andra läkemedel/mediciner**

- A. Läkemedlets namn?  
 B. Orsak till medicineringen.  
 C. När började du ta medicinen?  
 D. Sedan när är du besvärs- eller symtomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har du?  
 Besvara även fråga J och K.

**14. Övriga uppgifter**

- A. Har du fel på inre organ, fysiskt handikapp, psykiskt handikapp, sjukdom, besvär, kroppsfel? Ange vad.  
 B. Sedan hur länge har du haft detta?  
 Besvara även fråga J och K.

**Komplettering av fråga nr: \_\_\_\_\_  
(Var god texta)**

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?

K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykiavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:

**Komplettering av fråga nr: \_\_\_\_\_  
(Var god texta)**

Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?

K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykiavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:

Komplettering av fråga nr: <input type="text"/>	
(Var god texta)	
Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras	
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	
G.	
H.	
I.	
J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?	
K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykiatriavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:	

Komplettering av fråga nr: <input type="text"/>	
(Var god texta)	
Alla frågor som finns noterade för respektive fråga ska besvaras	
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	
G.	
H.	
I.	
J. Har du på grund av detta varit sjukskriven helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd, under de senaste 5 åren. I så fall under vilken/vilka period/er?	
K. Ange behandlande läkares namn samt sjukhus med klinik, mottagning eller avdelning, t ex medicin- eller psykiatriavdelning, vårdcentralens namn och postort. För privat mottagning ange namn och adress:	

Korrigerig av fråga/frågor		
Jag har korrigerat följande fråga/frågor	Nr	Namnteckning

Övriga upplysningar
<input type="checkbox"/> Jag bifogar medicinsk information på separat papper där jag också skrivit min namnteckning och mitt personnummer.

D Underskrift	
Jag har tagit del av informationen "Varför behöver vi veta så mycket om din hälsa". De uppgifter som jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig.	
Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Protector kan komma att arkivera ansökningshandlingar, hälsodeklarationer och övriga inhämtade uppgifter oavsett om försäkringen beviljas eller inte.	
Underskrift ska göras av den försäkrade. Är den försäkrade omyndig ska den som handlar på den omyndiges vägnar skriva under.	
Handlingarna ska skickas in till Protector inom 14 dagar från underskriftsdatum.	
Ort och datum (ÅÅMMDD)	
Namnteckning	Namnförtydligande

Fylls i av Protector Försäkring					
Livförs	I-förs	Sjukförs	Olycksfallsförs	Sjukvård	Datum
Fritext / Klausul / Anledning				Datum/signatur	
				Från Lust	Till Lust