

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                      |          |             |                    |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Nyteckning<br><input type="checkbox"/> Højning<br><input type="checkbox"/> Omprövning/efterprövning<br><input type="checkbox"/> Ändring | <b>Gör så här:</b><br>- Använd blå/svart bläckpenna.<br>- Fyll i samtliga personuppgifter.<br>- Skriv under ansökan och "Barnets hälsa".<br>- Underskriften får inte vara äldre än 1 månad.<br>- Svara på samtliga frågor.<br>- Om du har ändrat en fråga i "Barnets hälsa", skriv under vid korrigering av fråga.<br>En ofullständigt ifylld ansökan måste vi skicka tillbaka till dig.<br>Det gör att handläggningstiden blir längre. | <b>Ifylls av Länsförsäkringar</b><br>Försäkringsnummer<br><br><table border="1"> <tr> <td>RB finns</td> <td>RB finns ej</td> </tr> <tr> <td>Bolag<br/><b>28</b></td> <td>Säljkod</td> </tr> </table> | RB finns | RB finns ej | Bolag<br><b>28</b> | Säljkod |
| RB finns                                                                                                                                                         | RB finns ej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |          |             |                    |         |
| Bolag<br><b>28</b>                                                                                                                                               | Säljkod                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |          |             |                    |         |

**Försäkrad**

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| Efternamn – tilltalsnamn | Personnummer |
|--------------------------|--------------|

**Försäkringstagare**

|                                      |              |                   |
|--------------------------------------|--------------|-------------------|
| Efternamn – tilltalsnamn             | Personnummer | Telefon dag/kväll |
| Utdelningsadress, postnummer och ort |              | E-postadress      |

**Försäkringsbelopp**

|                                                                                                                                                       |                                           |                                           |                                           |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 prisbasbelopp                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 20 prisbasbelopp | <input type="checkbox"/> 30 prisbasbelopp | <input type="checkbox"/> 40 prisbasbelopp | <input type="checkbox"/> 50 prisbasbelopp |
| Besök oss på <a href="http://lansforsakringar.se">lansforsakringar.se</a> eller ring oss på 08-562 834 00 för uppgift om vad barnförsäkringen kostar. |                                           |                                           |                                           |                                           |

**Gravidförsäkring Plus**

|                                                                                                                                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Har ni en Gravidförsäkring Plus hos Länsförsäkringar? <input type="checkbox"/> Ja                                                                                          | Ange mammans personnummer |
| När det finns en Gravidförsäkring Plus och du tecknar en barnförsäkring, innan barnet är sex månader, sänker vi priset på barnförsäkringen med 700 kronor det första året. |                           |

**Ersätta annan försäkring**

|                                                                                                                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ska denna försäkring ersätta annan Olycksfalls- eller Sjukförsäkring i Länsförsäkringar eller annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja | Om den finns i Länsförsäkringar, ange försäkringsnummer : |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

**Försäkringen ska börja gälla**

|                                                                                                                                                                                                   |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Försäkringen kan tidigast träda i kraft dagen efter den dag du ansökte om försäkringen. Försäkringen kan senast träda i kraft tre månader dagen efter det att fullständig ansökan undertecknades. | Annat datum (år-mån-dag) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

**Information till försäkringstagaren, den försäkrade och premiebetalaren**

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare, förmånstagare och panthavare. Uppgifterna används för att vi ska kunna fullgöra vår del av avtalet, framställa rättsliga anspråk, ge en god service, marknadsföring, statistik samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Uppgifterna är främst avsedda att användas inom länsförsäkringsgruppen, men kan komma att lämnas ut till andra företag, föreningar eller organisationer som Länsförsäkringar samarbetar med. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade, men för vissa försäkringar även från arbetsgivare eller annan. Länsförsäkringar kan även komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med oss. Person- uppgiftsansvarig är din försäkringsgivare. Som fysisk person kan du genom skriftlig ansökan, en gång om året, kostnadsfritt begära att få besked om vilka personuppgifter som rör dig. Du kan också begära att vi rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Länsförsäkringar kan komma att arkivera ansökningshandlingar och övriga uppgifter oavsett om ansökan bifalls eller inte.

**Underskrift av försäkringstagare - Kom ihåg att fylla i "Barnets hälsa" för att ansökan ska bli fullständig.**

|               |             |
|---------------|-------------|
| Ort och datum | Underskrift |
|---------------|-------------|

**Försäkringen ska betalas med**

|                                         |                                          |                                         |                                    |                                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autogiro månad | <input type="checkbox"/> Autogiro halvår | <input type="checkbox"/> Autogiro helår | <input type="checkbox"/> Avi helår | <input type="checkbox"/> Avi halvår |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

**Medgivande till betalning genom autogiro**

|                                                                                    |                |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|
| Kontohavarens namn                                                                 |                | Kontohavarens personnummer |
| Konto                                                                              | Clearingnummer | Bankkontonummer            |
| Jag godkänner villkoren för anslutning till Länsförsäkringar Autogiro, se sidan 2. |                |                            |
| Ort och datum                                                                      |                | Kontohavarens namnteckning |

## Medgivande till betalning genom Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), nedan benämnt Länsförsäkringar, 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, Länsförsäkringar, Länsförsäkringars betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten. Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, Länsförsäkringar samt Länsförsäkringars 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 Länsförsäkringar. Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

## Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ), nedan benämnt Länsförsäkringar. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro ska betalaren lämna sitt medgivande till Länsförsäkringar om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (till exempel bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringars 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 Länsförsäkringar göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från Länsförsäkringar om antalet uttagsförsök.

### Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringar eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska, för att stoppa ännu inte genomförda betalningar, vara Länsförsäkringar tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

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

Länsförsäkringar har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att Länsförsäkringar underrättat betalaren härom. Länsförsäkringar 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 Länsförsäkringar 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.

## Autogiroavtal

### Autogiroavtal om automatisk betalning genom Bankgirot. Tillägg till försäkringsavtalet.

#### § 1 Betalningsperiod

Så länge detta autogiroavtal gäller ska premier betalas per månad, halvår eller helår. Enligt försäkringsavtalet förfaller premierna helårsvis i förskott till betalning. Vid autogiro förfaller premierna jämte eventuellt tillägg för aviseringsavgift till betalning den första bankdagen per betalningsperiod.

#### § 2 Verkan av utebliven betalning

Om täckning saknas för det aviserade beloppet på bankkontot sker något av följande:

A.Uppsägning med bifogat inbetalningskort skickas. Försäkringsgivarens ansvarighet upphör eller förkortas i enlighet med vad som anges i uppsägningen.

B.Förnyad avisering sker påföljande månad, varvid obetald premie och eventuell aviseringsavgift debiteras.

Om det efter sådan förnyad avisering (enligt alternativ B ovan) inte finns täckning på bankkontot för det aviserade beloppet inträffar följande:

Detta autogiroavtal upphör att gälla. Försäkringen aviseras och ska betalas i enlighet med de allmänna villkoren för betalning av premie i försäkringsvillkoren för den försäkring premierna avser.

#### § 3 Uppsägning

Önskar någondera parten säga upp detta avtal ska uppsägningen ske av kontohavaren minst en månad och av försäkringsgivaren minst tre månader före den förfallodag då avtalet ska upphöra att gälla. Vid utebliven betalning upphör dock autogiroavtalet på sätt som anges i § 2 utan uppsägning. Då autogiroavtalet upphör efter uppsägning tillämpas bestämmelserna i försäkringsavtalet.

## Dina personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar på ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Uppgifterna används för att vi ska kunna administrera din ansökan, ge en god service, fullgöra vår del av avtalet, föra statistik, marknadsföra oss, genomföra kund- och marknadsanalyser samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Uppgifterna är avsedda att användas inom länsförsäkringsgruppen samt i vissa fall av andra bolag och organisationer som vi samarbetar med.

Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, som till exempel SPAR. Personuppgiftsansvarig är ditt länsförsäkringsbolag. Genom en skriftlig ansökan kan du kostnadsfritt en gång per år få ta del av de uppgifter som vi har registrerat om din person. Du kan också begära att vi rättar felaktiga uppgifter om dig samt skriftligen anmäla att dina uppgifter inte ska användas för direktmarknadsföring. Har du frågor är du välkommen att kontakta oss.