

Jag är

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ägare till företag med lantbruksverksamhet | Ange organisationsnummer |
| <input type="checkbox"/> Ägare till jord- eller skogsfastighet | |
| <input type="checkbox"/> Anställd i företag med lantbruksverksamhet (följer pris enligt Gruppförsäkring för små företag) | Ange organisationsnummer |
| <input type="checkbox"/> Personmedlem i LRF | |
| <input type="checkbox"/> Make/sambo till försäkrad i någon av grupperna ovan | Ange make/sambos personnummer |

Försäkrad

| | | |
|--------------------|----------------|--------------|
| För- och efternamn | Personnummer | |
| Utdelningsadress | Telefon dagtid | Mobiltelefon |
| Postnummer och ort | E-post | |

Besvara frågorna i hälsodeklaration "Min hälsa" och bifoga med denna ansökan.

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Livförsäkring | <input type="checkbox"/> 10 pbb | <input type="checkbox"/> 30 pbb | <input type="checkbox"/> 50 pbb |
| Månatlig sjukförsäkring | <input type="checkbox"/> 1 500 kr | <input type="checkbox"/> 2 500 kr | <input type="checkbox"/> 3 500 kr |
| Sjukkapitalförsäkring | <input type="checkbox"/> 10 pbb | <input type="checkbox"/> 30 pbb | <input type="checkbox"/> 50 pbb |
| Ersättningsförsäkring | <input type="checkbox"/> 180 000 kr | <input type="checkbox"/> 270 000 kr | <input type="checkbox"/> 360 000 kr |

För dessa försäkringar behöver du inte vara fullt arbetsför eller besvara hälsofrågor.

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Olycksfallsförsäkring | <input type="checkbox"/> 30 pbb | <input type="checkbox"/> 50 pbb |
| Diagnosförsäkring | <input type="checkbox"/> 1 pbb | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring | Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Fullt arbetsför är den som <ul style="list-style-type: none"> kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning eller motsvarande inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna. | |

Kollektiv olycksfallsförsäkring

| | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> För tillfälliga medhjälpare | <input type="checkbox"/> 10 pbb | <input type="checkbox"/> 20 pbb | <input type="checkbox"/> Kundolycksfallsförsäkring |
| <input type="checkbox"/> Jag har Länsförsäkringars Gårdsförsäkring | Max antal kunder samtidigt | | |

| | |
|----------|----------|
| Bolagsnr | Ombudsnr |
|----------|----------|

Fortsättning nästa sida

Betalningssätt

Autogiro (fyll i ansökan om Autogiro) Inbetalningskort/helår Inbetalningskort/halvår

Fylls i om företag eller annan än den försäkrade ska betala försäkringen

| | | |
|--|-------------------|-----------------------------|
| Företagets namn / För- och efternamn | | Organisations-/personnummer |
| Utdelningsadress | | |
| Postnummer och ort | | |
| Firmatecknarens/Betalarens underskrift | Namnförtydligande | |

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation Säker Person och om ansökan gäller anställd förköpsinformation Gruppförsäkring för små företag. De uppgifter jag lämnat i den här 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.

Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

| | |
|--------------|-------------------|
| Datum | |
| Namnteckning | Namnförtydligande |

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
838 83 Frösön

Kontohavare

| | | |
|---|----------------------------------|--------------|
| Namn/Företagets namn (kontohavare/betalare) | Personnummer/Organisationsnummer | |
| Utdelningsadress | Telefon dagtid | Mobiltelefon |
| Postnummer och ort | E-postadress | |

Observera att kontohavarens namn, bankkonto och person-/organisationsnummer måste tillhöra samma person. Betalas försäkringen av enskild firma måste kontot tillhöra företaget.

Premien ska finnas tillgänglig på det angivna kontot senast vardagen före den 27:e, den eller de månader då dragning sker.

Kontouppgifter

Bankkonto som ska användas*

| | |
|----------------------|-----------------|
| Clearingnummer | Bankkontonummer |
| Bankens namn och ort | |

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

Försäkringar

Jag vill betala nedanstående försäkringar via Autogiro Månadsvis Halvårsvis Helårsvis

| | |
|-----------------------|--|
| Försäkring/Kundnummer | Person-/organisationsnummer (om annat än betalarens) |
| | |
| | |
| | |

Underskrift

Jag har tagit del av och godkänner Länsförsäkringars Autogiroavtal.

Jag ger Länsförsäkringar Sak Försäkrings AB (publ) och/eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkrings AB (publ) medgivande att begära uttag från mitt bankkonto för betalning via Autogiro av försäkringar som här antecknats eller senare anmäls av mig.

| | |
|-------|---------------|
| Datum | Namn-teckning |
|-------|---------------|

Medgivande till betalning via Autogiro

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av Länsförsäkringar Sak Försäkrings AB (publ) och/eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkrings AB (publ), nedan benämmt 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.

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
838 83 Frösön

Villkor för autogiro

Beskrivning

Allmänt

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag (publ) och/eller Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (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 förfalldagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfalldag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfalldagar. Om meddelandet avser flera framtida förfalldagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfalldagen. 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, förfalldag 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 förfalldagen. Har betalaren inte täckning på kontot på förfalldagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfalldagen får Länsförsäkringar göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från Länsförsäkringar om antalet uttagsförsök.

Länsförsäkringars behandling av personuppgifter

Länsförsäkringar behandlar personuppgifter i enlighet med vad som anges i informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall oss på telefonnummer 08-588-427 00 eller e-postadress info.halsa@lansforsakringar.se.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen Länsförsäkringar senast två bankdagar före förfalldagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfalldagen 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 förfalldagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfalldagen 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 förfalldagen 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.