



# FLEX ANSÖKAN

**NORDEUROPA**  
Insurance Design

# FLEX ANSÖKAN

Gruppväxtalsnummer Nordeuropa Flex  
10123

## Företag/betalningsansvarig

Namn		Orgnr.
Utdelningsadress	Porstrn.	Ortsnamn
Telefon	E-postadress	

## Personuppgifter för gruppmedlem

Namn		Pers.nr
Utdelningsadress	Porstrn.	Ortsnamn
Telefon	E-postadress	

## Personuppgifter medförsäkrad

Namn		Pers.nr
Utdelningsadress	Porstrn.	Ortsnamn
Telefon	E-postadress	

## Förmånstagarförordnande

Om du inte skriftligen anmäler annat gäller följande förmånstagarförordnande för Livförsäkringen.

Förmånstagare till utfallande försäkringsbelopp är, om inte den försäkrade anmält annat till försäkringsbolaget enligt nedan angivna ordning:

- a) make/maka/registrerad partner eller sambo, eller om sådan inte finns:  
b) den försäkrades arvingar

Huvudförmålsdatum 1 januari.

## Betalningssätt och förfallodag

Inbetalningskort helår  Halvår  Kvartal  Autogiro endast månad  Autogiroblankett finns att hämta på [www.nordeuropa.se](http://www.nordeuropa.se)

### Personuppgifter

Behandling av personuppgifter (PUL) enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och det fria flödet av sådan uppgifter (GDPR). Uppgifter som lämnas till försäkringsgivaren, eller annat bolag inom Försäkringsgivaren koncernen samt dess samarbetspartners kommer att behandlas av bolagen för att bolagen skall kunna fullgöra begärda åtgärder, ingångna avtal eller skyldigheter som följer av lag eller annan författning. Vissa känsliga personuppgifter, såsom sjukdomsinformation och uppgifter om hälsotillstånd, kan komma att inhämtas och behandlas i samband med riskbedömning och skadereglering. Försäkringstagaren/försäkrad är införstådd med att sådana uppgifter kan vara nödvändiga att inhämta och behandla för att avtalet skall kunna fullgöras. Personuppgifter kan även komma att behandlas för marknads- och kundanalyser, statistik, affärs-, produkt- och metodutveckling. Personuppgiftsansvarig kan komma att samköra personuppgifter med andra register i syfte att uppdatera registren. Vidare kan uppgifterna även komma att behandlas för informations- och marknadsföringsändamål. Personuppgifter kan för nu angivna ändamål komma att lämnas ut till bolag inom den koncern försäkringsgivaren tillhör och till andra bolag, såväl inom som utom EU- och EES-området, och som bolag i denna koncern samarbetar med. All behandling av personuppgifter kommer att ske med stor försiktighet för att skydda den enskildes personliga integritet. Personuppgifter kommer därför endast att vara tillgängliga för person som behöver ha tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Uppgifter kommer vidare endast att göras tillgängliga i den utsträckning som behövs för ovanstående ändamål. Försäkringstagare/ den försäkrade som önskar upplysningar om vilka personuppgifter som finns kan efter skriftlig ansökan, som skall vara egenhändigt undertecknad och med angivande av försäkrings- eller personnummer, ställt till Nordeuropa Försäkring AB, Box 56044, 102 17 Stockholm, Sverige erhålla sådan information samt begära rättelse av felaktiga uppgifter.

## Underskrift

Ort	Datum
Underskrift gruppmedlem	Namnförtydligande
Underskrift medförsäkrad	Namnförtydligande

Ansvarig förmedlars namn ..... Tfnr. .... Förmedlarkod .....

# FLEX ANSÖKAN

Med den här ansökan bygger du ihop en försäkring som passar din grupp bäst.

Anslutningsform - välj alternativ	Premie	Hälsokrav - - För sjukvårdsförsäkring, olycksfallsförsäkring samt sjukvård olycksfall krävs endast fullt arbetsför. För övriga krävs hälsofrågor enligt nedan. För barn- och ungdomsförsäkring samt för sjukvård barn krävs inga svar på hälsofrågor.
<input type="checkbox"/> <b>Frivillig</b>	Ingen påverkan	För de nivåer som markerats med blå färg (automatanslutningsnivå) så räcker förenklad hälsodeklaration. Medförsäkrad tecknar alltid mot full hälsodeklaration.
<input type="checkbox"/> <b>Automatanslutning</b> med 3 mån fritt	5% rabatt	För grupper med minst 15 individer krävs endast att man är fullt arbetsför för de nivåer som markerats med blå färg samt olycksfall- och sjukvårdsförsäkring. Önskas högre nivåer fyller man i en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5-14 individer räcker förenklad hälsodeklaration för de nivåer som markerats med blå färg. Automatanslutning kan ej tecknas av medförsäkrad.
<input type="checkbox"/> <b>Obligatorisk anslutning</b>	10% rabatt	För grupper med minst 15 individer krävs endast att man är fullt arbetsför för de nivåer som markerats med rosa färg samt olycksfall- och sjukvårdsförsäkring. Önskas högre nivåer fyller man i en fullständig hälsodeklaration. För grupper med 5-14 individer räcker förenklad hälsodeklaration för de nivåer som markerats med rosa färg. Obligatorisk försäkring kan ej tecknas av medförsäkrad.

Premien är årsbaserad. Prisbasbeloppet 2020 = 47 300 kr				Gruppmedlem	Medförsäkrad
<b>Liv med barnskydd</b>				<input type="checkbox"/> Ska överlåtas	<input type="checkbox"/> Ska överlåtas
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 67 år</b>		
6 pbb	184 kr	551 kr	1213 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 pbb	307 kr	920 kr	2023 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 pbb	459 kr	1379 kr	3033 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 pbb	613 kr	1839 kr	4044 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 pbb	920 kr	2757 kr	6067 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	1225 kr	3677 kr	8090 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	1532 kr	4596 kr	10111 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Förtidskapital</b>				<input type="checkbox"/> Ska överlåtas	<input type="checkbox"/> Ska överlåtas
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 62 år</b>		
6 pbb	262 kr	430 kr	403 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 pbb	437 kr	717 kr	672 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 pbb	655kr	1075 kr	1008 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 pbb	874 kr	1434 kr	1344 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 pbb	1310 kr	2150 kr	2016 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	1747 kr	2867 kr	2688 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	2184 kr	3584 kr	3360 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sjuk- och olycksfall</b>					
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 65 år</b>		
20 pbb	1127 kr	1496 kr	2326 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 pbb	1691 kr	2241 kr	3490 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 pbb	2255 kr	2989 kr	4654 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 pbb	2818 kr	3737 kr	5816 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBS! Det sammanlagda beloppet för olycksfallsförsäkring och Sjuk-olycksfallsförsäkring får aldrig överstiga 50 prisbasbelopp.

Premien är årsbaserad. Prisbasbeloppet 2020 = 47 300 kr				Gruppmedlem	Medförsäkrad
<b>Olycksfall</b>					
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>16 - 70 år</b>				
<b>20 pbb</b>	517 kr			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30 pbb</b>	776 kr			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40 pbb</b>	1035 kr			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>50 pbb</b>	1295 kr			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBS! Det sammanlagda beloppet för olycksfallsförsäkring och Sjuk-olycksfallsförsäkring får aldrig överstiga 50 prisbasbelopp.					
<b>Sjukinkomst</b> Ersättning efter 90 dagars karens. Utbetalning högst 36 månader.					
<b>Ersättning/månad</b>	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 65 år</b>		
700 kr	245 kr	455 kr	693 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 400 kr	490 kr	910 kr	1386 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 100 kr	735 kr	1365 kr	2079 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 800 kr	980 kr	1820 kr	2772 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 500 kr	1225 kr	2275 kr	3465 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 200 kr	1470 kr	2730 kr	4158 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>*Barn- och ungdom</b> Avser alla barn som vid teckningstillfället var under 18 år och gäller då upp t o m 25 år.					
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>Oavsett antal barn</b>				
<b>20 pbb</b>	1169 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>30 pbb</b>	1735 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>40 pbb</b>	2313 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>50 pbb</b>	2892 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukvård vuxen</b>					
	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 67 år</b>	<b>68 - 75 år</b>	
<b>Självrisk 750</b>	4995 kr	6750 kr	8955 kr	29774 kr	<input type="checkbox"/>
<b>Självrisk 1500</b>	3538 kr	4780 kr	6341 kr	18 478 kr	<input type="checkbox"/>
<b>Remiss</b>	2760 kr	4780 kr	5220 kr	15945 kr	<input type="checkbox"/>
<b>*Sjukvård barn</b> (Från 4 år)					
	<b>Upp till 21 år</b>				
<b>Självrisk 750</b>	3825 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>Självrisk 1500</b>	2125 kr			<input type="checkbox"/>	
<b>Sjukvård olycksfall</b>					
	<b>16 - 65 år</b>	<b>65 - 85 år</b>			
<b>Självrisk 750</b>	1425 kr	2400 kr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kritisk sjukdom</b>					
<b>Prisbasbelopp</b>	<b>16 - 39 år</b>	<b>40 - 54 år</b>	<b>55 - 65 år</b>		
<b>1 pbb</b>	152 kr	409 kr	600 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 pbb</b>	305 kr	818 kr	1201 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5 pbb</b>	762 kr	2044 kr	3002 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10 pbb</b>	1523 kr	4088 kr	6003 kr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Kan endast tecknas om Gruppmedlem/Försäkrad har gällande försäkring i Nordeuropa Försäkring.

## Förenklad hälsoförklaring

Namn	Personnummer
------	--------------

	Gruppmedlem
1) Är du fullt arbetsför?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2) Har du någon sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3) Använder du någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4) Har du eller har du haft någon form av cancer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\* Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas **samt inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna**. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivranta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad.

I det fall du svarat "Ja" på någon av frågorna 2-4 ovan skall du lämna kompletterande upplysningar nedan i form av sjukdom, skada, sjukhus, läkare, tidpunkter etc. Använd baksidan om ytterligare utrymme behövs.

1) Vad är orsaken till att du inte är fullt arbetsför?

---

---

2) Vilken sjukdom eller skada gäller det?

---

---

3) Vilken/vilka mediciner använder du?

---

---

4) Vilken typ av cancer har du eller haft och när fick du diagnosen?

---

---

## Underskrift av den försäkrade

Uppgifterna skall lämnas personligen av den som skall försäkras. Övan meddelade uppgifter skall ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga/ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Förutom Nordeuropa Försäkring och försäkringsgivaren kommer eventuella återförsäkringsbolaget att hantera ansökningshandlingar, hälsoförklaring och övrig inhämtad uppgifter oavsett om försäkringen beviljas eller inte. Jag medger att lämnade uppgifter får delges anlitad återförsäkringsbolag.		
Ort, datum	Underskrift	Namnförtydligande



**Allmän information****Åtgärder vid anspråk på ersättning**

Den som vill göra anspråk på ersättning från en försäkring ska alltid anmäla detta skriftligen till försäkringsgivaren, och det ska anmälas så skyndsamt som möjligt.

**Generell begränsning vid idrotts- och sportutövande**

Olycksfallskada, dödsfall eller sjukdom som direkt eller indirekt beror på idrotts-, sport eller artistutövande med inslag av fysisk aktivitet och från vilken den försäkrade erhåller eller beräknas erhålla en årlig inkomst och/eller sponsring med minst 0,5 prisbasbelopp/år ersätts ej.

**Om vi inte kommer överens**

Om du inte är nöjd med ett beslut ska du först vända dig till försäkringsgivaren och begära en omprövning. Sänd begäran till handläggaren eller till handläggarens närmaste chef. Om du efter förnyad kontakt med försäkringsgivaren ändå inte är nöjd finns nedanstående möjligheter att få ärendet omprövat.

**Försäkringsgivarens Prövningsnämnd**

Slutligt beslut i ett försäkringsärende kan prövas av försäkringsgivarens prövningsnämnd. Nämnden består av en utomstående expert med lång erfarenhet från personskadeområdet, en jurist samt försäkringsgivarens, skade- respektive riskbedömningschef.

**Försäkringsgivarens Prövningsnämnd**

Nordeuropa Försäkring AB  
Box 56044  
102 17 STOCKHOLM

Är du trots detta missnöjd kan du vända sig till:

**Allmänna reklamationsnämnden (ARN)**

Box 174, 101 23 Stockholm  
Telefon: 08-508 860 00  
Besöksadress: Teknologgatan 8 C, Stockholm

ARN prövar inte ärenden som rör medicinska frågor, där särskild medicinsk kunskap krävs. Sådana ärenden prövas istället av:

**Personförsäkringsnämnden (PFN)**

Box 24067, 104 50 Stockholm  
Telefon: 08-522 787 20  
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

För kostnadsfri rådgivning kontakta:

**Konsumenternas försäkringsbyrå (KFB)**

Box 24215, 104 51 Stockholm  
Telefon: 08-22 58 00, 08-24 88 91  
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm

Twist med anledning av försäkringsavtalet prövas av svensk domstol, i första hand vid tingsrätt, och med tillämpning av svensk lag. Kostnad för juridiskt ombud ersätts inte av försäkringen.

**Fullständiga villkor**

Det här är en kortfattad information om Nordeuropa Flex gruppförsäkring. För fullständiga försäkringsvillkor ber vi dig att ta kontakt med din kontaktperson/mäklare.

Villkor: Nordeuropa Flex GRF 20:01.

**Försäkringsgivare**

Försäkringsgivare är Knif Trygghet Försäkring AS, med organisationsnummer 991 206 825. Försäkringsgivarna företräds av Nordeuropa Försäkring AB.

Vid försäkringsavtal med flera försäkringsgivare är varje försäkringsgivares ansvar begränsat till respektive försäkringsgivares ansvarsdel. En försäkringsgivare är inte ansvarig för annan försäkringsgivare som inte helt eller delvis uppfyller någon av sina förpliktelser.

**Nordeuropa Försäkring AB**

Org. nr: 556551-4766  
www.nordeuropaliv.se  
info@nordeuropaliv.se  
Tel: 08-410 532 00

För att beviljas Sjukvårdsförsäkring och/eller Olycksfallsförsäkring skall du vara fullt arbetsför. <b>För dessa försäkringar behöver endast fråga 1 besvaras.</b>			
1. Är du fullt arbetsför? Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas, samt inte varit sjukskriven mer än 14 dagar de senaste 90 dagarna. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, 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.	Gruppmedlem		Medförsäkrad
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Ange din längd i cm och vikt i kg utan skor och kläder.	Cm	Kg	Cm Kg
3. Kontrolleras eller behandlas Du på grund av någon sjukdom, skada eller handikapp?	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
4. Har Du något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp eller annat kroppsfel? (Syn- eller hörsselfel anges under H nedan.)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
5. Har Du under de senaste 5 åren: a) vårdats, behandlats eller undersökts på sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan sjukvårdspersonal? b) varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd? All sjukskrivning mer än 14 dagar i följd, liksom all vård, behandling, undersökning och kontroll skall uppges. Detta gäller även misstanke om HIV (AIDS-virus)-smitta, för psykiska och nervösa besvär samt för alkohol- eller narkotikaproblem.	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej
6. Har Du lämnat blodprov för HIV (AIDS-virus)-test? Om "Ja": Ange när och var samt resultat.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Använder Du någon receptbelagd medicin? Om "Ja": Vilken/vilka? Dosering? Receptskrivande läkare Anledning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8. Har Du eller har haft handikappersättning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller har Du sjukpenning? Om "Ja": Vilken/Vilka? Fr.o.m. – t o m Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9. Har Du av hälsoskäl eller andra skäl särskilt anpassat arbete (t ex lättare eller skyddat arbete) eller lönebidragsanställning? Om "Ja": På vilket sätt? Sedan när? Orsak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10. Har Du någon gång i annat livförsäkringsbolag ansökt om livförsäkring som inte beviljats eller som beviljats mot förhöjd premie eller med förbehåll? Om "Ja": Vilket försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Röker Du regelbundet? Om "Ja": Hur mycket röker Du dagligen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12. Besvaras av den som inte fyllt 20 år: Har Du av hälsoskäl eller på grund av fysiskt eller psykiskt handikapp (inkl förståndshandikapp) erhållit särskild anpassad utbildning (t ex gått i särskola)? Om "Ja", vilken utbildning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\* Om Du svarat "nej" på fråga 1 eller "Ja" på någon av frågorna 3, 4 eller 5, lämna kompletterande upplysningar enligt följdfrågorna A – I nedan. Samtliga sjukdomar, skador, handikapp, undersökningar och sjukskrivningar mer än 14 dagar i följd skall uppges.

	Gruppmedlem	Medförsäkrad
A Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det? Vilken var anledningen till undersökningen?		
B Under vilka tider var Du sjuk?		
C När undersöktes, kontrollerades eller behandlades Du?		
D Vilken läkare eller sjukvårdsinrättning har Du anlitat? Ange klinik, mottagning, avdelning (kir, med, psyk etc)		
E Vilken behandling har Du genomgått? (Operation, strålbehandling, medicinering etc)		
F Vad blev resultatet av behandlingen, undersökningen eller kontrollen?		
G Sedan när är Du symptomfri eller vilka kvarstående men eller besvär har Du?		
H Vid syn- eller hörsselfel, ange felets art och grad samt om det är ensidigt eller dubbelsidigt. Vid närsynthet ange dioptriet. Är du tveksam, bifoga kopia av senaste glasögonrecept.		
I Om du har varit sjukskriven och återgått till ditt ordinarie arbete, uppges från när		

**Underskrift och fullmakt**

Jag anmäler mig att omfattas av angivna alternativ i gruppförsäkringen och är medveten om att försäkringen gäller när registrering skett hos Nordeuropa Försäkring, under förutsättning att försäkring kan beviljas på normala premier och villkor. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag medger att bolagets riskbedömningsunderlag får hanteras även av försäkringsbolagets återförsäkringsbolag och eventuella samarbetspartners. Jag är införstådd med att den information som inkommer i ärendet kan komma att arkiveras, oavsett om försäkring beviljas eller inte.

**Sjukvårdsförsäkring** – Jag som tecknar sjukvårdsförsäkringen för vuxen och/eller barn är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för kostnader i samband med sjukdom/åkomma som varit behandlad eller varit känd hos den försäkrade innan försäkringen tecknades. Försäkringen kan ersätta tidigare diagnoser/åkommor under förutsättning att den försäkrade varit helt behandlings- och symptomfri under en sammanhängande tid av två år närmast före det att ersättningsanspråk framställs p.g.a sjukdomen eller besväret.

**Barnförsäkring** – Jag som tecknar barnförsäkring är fullt införstådd med att försäkringen inte lämnar ersättning för följder av sjukdomar, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning eller för följder av olycksfallsskada som inträffat innan Försäkringsbolagets ansvarighet inträtt.

Jag har tagit del av förköpsinformationen	Ort, datum	Underskrift av gruppmedlem	Underskrift av medförsäkrad
---	------------	----------------------------	-----------------------------