Ansökan personförsäkring 2024

OFFICERSFÖRBUNDET

Avtal: AG03929, OFFICERSFÖRBUNDET

GM=gruppmedlem dvs. medlem i Officersförbundet. MF=Make/maka/registrerad partner/sambo till gruppmedlem

Efternamn, förnamn medlem = gruppmedlem (GM)	Personnummer gruppmedlem (GM) ___ – ____
Efternamn, förnamn make/maka/registrerad partner/sambo = medförsäkrad (MF)	Personnummer medförsäkrad (MF) ___ – ____
Adress	Postnr. / Ort
Mejl	Telefon dagtid

Ange betalningssätt nedan, endast ett alternativ kan väljas

☐ Genom autogiro månadsvis, medgivande skickas till din mejladress

Med pappersfaktura ☐ kvartal ☐ halvår ☐ helår

☐ E-faktura månad

Bank (anges för E-faktura): _____

Fullständiga villkor och för- och efterköpsinformation hittar du på if.se/officersforbundet. Om du saknar tillgång till internet kan du ringa oss på 0770-82 00 01, så skickar vi dig dokumenten per post. MF och barn kan ansöka om försäkring om GM har minst en försäkring. Premierna gäller för perioden 1 januari 2024 till och med 31 december 2024 och kan komma att ändras efter det. Prisbasbeloppet 2024 är 57 300 kr. Fetmarkerade beloppsnivåer ingår i Välkomstpaketet. Du som är ny medlem och fullt arbetsför* har rätt till tre månaders kostnadsfritt försäkringsskydd.

*Med fullt arbetsför menas att du inte någon gång under de senaste 30 dagarna har fått ersättning från Försäkringskassan, alternativt annan myndighet, på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Livförsäkring

Ingen åldersavtrappning av försäkringsbeloppet. Försäkringen kan köpas och försäkringsbeloppet kan höjas fram till att du fyller 64 år. Försäkringen slutar gälla när du fyller 67 år.

Försäkringsbelopp (pbb)	Försäkringsbelopp (kr)	Premie/månad	GM	MF
		– 67 år		
6 pbb	**343 800 kr**	48 kr	☐	☐
10 pbb	573 000 kr	76 kr	☐	☐
15 pbb	859 500 kr	114 kr	☐	☐
25 pbb	1 432 500 kr	189 kr	☐	☐
35 pbb	2 005 500 kr	263 kr	☐	☐
50 pbb	2 865 000 kr	422 kr	☐	☐

Olycksfallsförsäkring

Det valda försäkringsbeloppet gäller för medicinsk och ekonomisk invaliditet och avtrappas med 5 procentenheter per år från och med det år du fyller 56 år. Försäkringen kan köpas fram till att du fyller 64 år. Försäkringen slutar gälla när du fyller 67 år.

Försäkringsbelopp (pbb)	Försäkringsbelopp (kr)	Premie/månad	GM	MF
		– 67 år		
50 pbb	**2 865 000 kr**	59 kr	☐	☐

Sjukkapital

Försäkringen lämnar ersättning för medicinsk invaliditet vid vissa sjukdomstillstånd, nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller olycksfall samt ekonomisk första hjälp om du drabbas av en allvarlig diagnos.

Det valda försäkringsbeloppet gäller för medicinsk och ekonomisk invaliditet och avtrappas med 5 procentenheter per år från och med det år du fyller 56 år.

Försäkringen kan köpas och försäkringsbeloppet kan höjas fram till att du fyller 64 år. Försäkringen slutar gälla när du fyller 67 år.

Försäkringsbelopp (pbb)	Försäkringsbelopp (kr)	Premie/månad	GM	MF
		– 67 år		
6 pbb	**343 800 kr**	19 kr	☐	☐
10 pbb	573 000 kr	27 kr	☐	☐
15 pbb	859 500 kr	38 kr	☐	☐
20 pbb	1 146 000 kr	51 kr	☐	☐
30 pbb	1 719 000 kr	70 kr	☐	☐

Sjukförsäkring

Sjukförsäkring ger månadsvis ersättning vid långtidssjukskrivning. Ersättningsperioden är maximalt 36 månader. Karens är 90 dagar. Försäkringen kan köpas och försäkringsbeloppet kan höjas fram till att du fyller 64 år. Försäkringen slutar gälla när du fyller 67 år.

Månadslön	Försäkringsbelopp/ månad	Premie/månad	GM	MF
		– 67 år		
Upp till 34 999 kr	1500 kr	15 kr	☐	☐
35000 – 44 999 kr	2100 kr	22 kr	☐	☐
45000 – 69999 kr	2500 kr	25 kr	☐	☐
70000 kr och uppåt	3500 kr	35 kr	☐	☐

If-36811:9 IFCA SE 11:23 (sid. 1 av 4)

Barnförsäkring

	Försäkringsbelopp (pbb)	Försäkringsbelopp (kr)	Premie/månad	GM	
För att teckna barnförsäkringen krävs att gruppmedlemmen har minst en annan försäkring.			**– 25 år**		
En försäkring per barn. Det valda försäkringsbeloppet gäller för medicinsk och ekonomisk invaliditet.	30 pbb	1 719 000 kr	98 kr	☐	
Försäkringen kan köpas och försäkringsbeloppet kan höjas fram till att barnet fyller 23 år. Försäkringen slutar gälla när barnet fyller 25 år.	50 pbb	2 865 000 kr	141 kr	☐	

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Sjukvårdsförsäkring

	Premie/månad	GM	MF
Sjukvårdsförsäkringen gäller med en självrisk på 750 kr. Försäkringen kan köpas fram till att du fyller 64 år. Försäkringen slutar gälla när du fyller 67 år.	**– 67 år**		
	309 kr	☐	☐

Sjukvårdsförsäkring barn

	Premie/månad		GM	
För att teckna Sjukvårdsförsäkring barn krävs att gruppmedlemmen har minst en annan försäkring.	**2 – 15 år**	**16 – 25 år**		
Försäkringen gäller med en självrisk på 750 kr. Försäkringen kan köpas från 2 års ålder och fram till att barnet fyller 23 år. Försäkringen slutar gälla när barnet fyller 25 år.	230 kr	292 kr	☐	

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Barns personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _____–____

Hälsodeklaration

Avtal: AG03929, OFFICERSFÖRBUNDET

Samtliga frågor nedan skall besvaras om inte annat anges. Ett grundkrav för att få teckna eller utöka försäkringen är att du är fullt arbetsför. Full arbetsförhet innebär att du inte någon gång under de senaste 30 dagarna har fått ersättning från Försäkringskassan, alternativt annan myndighet, på grund av nedsatt arbetsförmåga. Du som inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter varit fullt arbetsför i minst 30 dagar.

OBS! För olycksfallsförsäkring och barnförsäkring behöver hälsofrågorna inte fyllas i. För sjukvårdsförsäkring krävs endast svar på fråga ett. För övriga försäkringar krävs svar på samtliga frågor.

		GM		MF	
		Ja	Nej	Ja	Nej
1)	Är du fullt arbetsför?	☐	☐	☐	☐
2)	Har du under de tre senaste åren sökt vård eller fått behandling för något av följande?	☐	☐	☐	☐
	– Hjärt- och kärlsjukdom (inklusive högt blodtryck)	☐	☐	☐	☐
	– Utbrändhet/utmattningssyndrom, ångest, depression, bipolär sjukdom, ADHD, ätstörningar eller andra psykiska och neuropsykiatriska sjukdomar och besvär	☐	☐	☐	☐
	– Diabetes	☐	☐	☐	☐
	– Förhöjda blodfetter	☐	☐	☐	☐
3)	Din längd (cm)		cm		cm
4)	Din vikt (kg)		kg		kg

Ovanstående uppgifter ska ligga till grund för försäkring. Har du svarat ”Ja” på fråga 2 ska kompletterande uppgifter lämnas om:

- Vilken sjukdom du sökt vård eller fått behandling för.
- Tidpunkt för insjuknande och datum du blev symtomfri, alternativt vilka kvarstående besvär du har.
- Om du använder någon receptbelagd medicin, ange namn och dosering på denna.
- Vilken läkare (namn och fullständig mottagningsadress) eller sjukhus/sjukvårdsinrättning (klinik och avdelning) du anlitat.

Kompletterande uppgifter om hälsotillstånd (skriv på separat papper vid behov)

Fråga nr.	GM/MF	

Uppgifterna jag/vi lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag/vi förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. **If kan ej bevilja försäkring om hälsodeklarationen är undertecknad för mer än 14 dagar sedan**. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan om gruppersonförsäkring erhållit Ifs förköpsinformation.

Om din ansökan avser livförsäkring måste din hälsodeklaration kompletteras med vidimerad kopia av ID-handling (vidimering ska ske av annan person än dig själv). Vid begäran om livförsäkring har vi en skyldighet enligt penningtvättslagen att fastställa din identitet innan vi kan behandla din ansökan.

Datum (ÅÅ-MM-DD)	Ort
Gruppmedlemmens (GM) personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _	Gruppmedlemmens underskrift
Medförsäkrads (MF) personnummer (ÅÅMMDD-NNNN) _ _ _ _ _ _ _ – _ _ _ _	Medförsäkrads underskrift

SKICKA ANSÖKAN TILL
Personförsäkringar Privat
Svarspost
Kundnummer 20455373
110 00 Stockholm

FÖRSÄKRINGSGIVARE
If Livförsäkring AB
Säte: Stockholm, Org.nr: 516406-0252
If Skadeförsäkring AB (publ)
Säte: Stockholm, Org.nr: 516401-8102

KONTAKTA OSS
Tel: 0770-82 00 01
Mejl: if.se/mejla-if/officer

If-36811:9 IFCA SE 11:23 (sid. 3 av 4)

Övrig information

Gruppavtalet – Till grund för försäkringen ligger ett avtal mellan If och Officersförbundet. En förutsättning för att en enskild försäkring ska kunna vara giltig är att gruppavtalet gäller. If har rätt att ändra försäkringsvillkoren och premier vid förlängning av en försäkring.

Gruppmedlem/medförsäkrad – Gruppmedlem är den som är medlem i Officersförbundet. Medförsäkrad är make/maka, registrerad partner eller sambo till gruppmedlem.

Ångerrätt – Enligt distansavtalslagen har du rätt att inom en viss tid ångra ett köp som du gjort på distans (t.ex. via telefon eller internet). Om du ångrar dig inom 14 dagar ska du kontakta If. För livförsäkring gäller ångerrätten i 30 dagar. Har du då redan betalat försäkringen betalar vi tillbaka beloppet, men med avdrag för den tid som försäkringen varit gällande.

Prövning av beslut i försäkringsärende – Ta alltid först kontakt med den som handlagt ärendet. Ett samtal kan ge kompletterande uppgifter och eventuella missförstånd kan klaras upp. Är du fortfarande missnöjd, finns följande möjligheter att få ärendet överprövat.

Ifs Kundombudsman – Du kan inom tolv månader från Ifs beslut vända dig till kundombudsmannen som utan kostnad prövar de flesta klagomål.

Allmänna Reklamationsnämnden (ARN) – Du kan också vända dig till ARNs särskilda avdelning för försäkringsfrågor.

Personförsäkringsnämnden – Du kan även vända dig till Personförsäkringsnämnden som är en branschgemensam nämnd som kan hjälpa till i ärenden som kräver medicinsk bedömning.

Domstol – Liksom vid andra tvister kan du också vända dig till domstol.

Personuppgifter

Vi behandlar våra kunders personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen och övrig dataskydds- och försäkringslagstiftning. Vi värnar om våra kunders integritet när vi behandlar personuppgifter. Vi behandlar våra kunders personuppgifter när det är nödvändigt för att administrera försäkringarna och fullgöra våra skyldigheter, t.ex. vid tecknande av försäkring och skadereglering. Personuppgifterna kan också komma att användas för marknadsföring genom t.ex. mejl eller SMS. Vi mottar personuppgifter direkt från våra kunder eller någon som företräder kunden samt från olika myndigheters register och kreditupplysningsföretag.

Vi lämnar inte ut personuppgifter till utomstående utan ett samtycke eller att det finns stöd i lag. Vi spelar in telefonsamtal i kvalitets- och utbildningssyfte samt för att säkerställa innehållet i samtalet. En mer utförlig information om behandling av personuppgifter finns på www.if.se

Försäkringsgivare

För livförsäkring:
If Livförsäkring AB, org.nr. 516406-0252, Barks väg 15,
106 80 Stockholm, 0771-655 655, if.se.

För övriga försäkringar:
If Skadeförsäkring AB (publ), org.nr. 516401-8102, Barks väg 15,
106 80 Stockholm, 0771-655 655, if.se.

Försäkringsgivarna är registrerade hos Bolagsverket och står under svenska Finansinspektionens tillsyn (Finansinspektionen, Box 7821, 103 97 Stockholm, 08-408 980 00, finansinspektionen@fi.se, fi.se). If står även under Konsumentverkets tillsyn vad gäller marknadsföring och reklam (Konsumentverket, Box 48, 651 02 Karlstad, 0771-42 33 00, konsumentverket@konsumentverket.se, konsumentverket.se).

If tillhandahåller inte sådan rådgivning som avses i lagen om försäkringsdistribution.

Ifs anställda, som säljer försäkring, erhåller en fast månadslön oavsett antalet sålda försäkringar. I de fall rörlig ersättning erhålls grundar den sig endast till mindre del på kvantitativa kriterier.

If-36811:9 IFCA SE 11:23 (sid. 4 av 4)