

# Ansökan Småföretagarnas Trygghetspaket

Gäller för perioden 1/2-2017 till 28/2-2019

## Gruppavtal 10



Ansökan skickas till:  
Småföretagarnas försäkring, Box 38044, 100 64 Stockholm

Gruppmedlemmens namn	Gruppmedlemmens personnummer
Medförsäkrads namn	Medförsäkrads personnummer
Adress	Postnummer & ort
E-post	Telefonnummer dagtid

**Trygghetspaketet** (premien är per månad och person)

**Olycksfall: 50 pbb**

**Privatvård: utan krav på remiss**

**Livförsäkring: 16-39 år 25 pbb**

**Livförsäkring: 40-64 år 15 pbb**

16-39 år	40-54 år	55-59 år	60-64 år	Gruppmedlem	Medförsäkrad
434 kr	550 kr	667 kr	758 kr		

**Livförsäkring – tillägg 89 kr per person och månad**

(för medlemmar som är över 40 år)

Dödsfallskapital 10 pbb

Gruppmedlem Medförsäkrad

**Barnförsäkring – Olycksfall och sjukdom (total premie per månad oavsett antal barn)**

Invaliditetskapital upp till 30 pbb 121 kr	Invaliditetskapital upp till 40 pbb 165 kr	Invaliditetskapital upp till 50 pbb 204 kr
---	---	---

Barnets namn Barnets personnummer

Barnets namn Barnets personnummer

Barnets namn Barnets personnummer

Barnets namn Barnets personnummer

Barnets namn Barnets personnummer

Barnförsäkringen kan endast tecknas av gruppmedlem och gäller för arvsberättigat barn för dig som är gruppmedlem. Barn till make/registrerad partner /sambo omfattas om de är folkbokförda på samma adress som du. Prisbasbeloppet för 2018 är 45 500 kronor.

## Läs igenom nedanstående information innan du besvarar frågorna

Du som endast vill teckna olycksfalls- eller barnförsäkring behöver inte besvara någon fråga nedan. Underskrift krävs dock alltid.

Du besvarar fråga nr 1 om du

- endast söker privatvårdsförsäkring.

I övriga fall besvaras samtliga frågor. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför och söker andra försäkringar än olycksfalls- och barnförsäkring kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför. Hälsodeklarationen ska fyllas i personligen av den som ska försäkras. Vi vill ha dina upplysningar inom 30 dagar från det att du undertecknat hälsodeklarationen. Om den kommer senare måste vi be om en ny hälsodeklaration och din ansökan om försäkring fördröjs. Vid brist på utrymme i hälsodeklarationen kan svar lämnas på separat papper. (Glöm då inte att skriva personnummer, datum, namnteckning och namnförtydligande.)

## Personuppgifter

Gruppmedlems namn	Medförsäkrads namn
Gruppmedlems personnummer	Medförsäkrads personnummer

## Hälsodeklaration

<b>1. Är du fullt arbetsför?</b> Med fullt arbetsför menas att du <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan fullgöra ditt vanliga arbete utan undantag</li> <li>• inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning</li> <li>• inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande.</li> </ul>		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om "Nej", av vilken anledning är du inte fullt arbetsför?		
<b>2. Din längd och vikt</b> Längd:                      cm      Vikt:                      kg		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>3. Röker du dagligen?</b> <input type="checkbox"/> Jag har slutat röka. När? (åamm)		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>4. Har du nu eller tidigare (oavsett när) haft någon av följande sjukdomar eller besvär?</b> Om du svarar ja på någon av frågorna 4 a-f och/eller 5-8, lämna kompletterande upplysningar på nästa sida.		
<b>a</b> Tumörsjukdom? Sjukdom i lymfkörtlarna? Blodsjukdom?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>b</b> Psykisk sjukdom eller besvär, sömnlöshet, krisreaktion, utbrändhet eller stress?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>c</b> Alkoholproblem eller annan typ av missbruksproblem?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>d</b> Sjukdom/besvär i njurarna eller urinvägarna? Prostatabesvär? Njursten?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>e</b> Sjukdom i nervsystemet? Epilepsi? Krampanfall? Förlamning? Yrsel? Svimningsanfall? Migrän?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>f</b> Högt blodtryck? Hjärtsjukdom? Tryckkänsla eller smärtor i bröstet? Kärlkramp? Hjärtklappning, oregelbunden hjärtverksamhet eller andfåddhet?	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>5. Använder du något läkemedel – utöver de eventuella läkemedel du nämnt i tidigare frågor?</b>		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>6. Har du under de 3 senaste åren varit sjukskriven eller drabbats av nedsatt arbetsförmåga, helt eller delvis, mer än 14 dagar i följd – utöver de eventuella perioder du nämnt i tidigare frågor?</b>		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida
<b>7. Har du under de senaste 3 åren undersökts eller behandlats på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal (hit räknas även kiropraktor, naprapat, psykolog, psykoterapeut eller liknande) – utöver det som du eventuellt nämnt i tidigare frågor?</b>		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida
<b>8. Är det planerat eller är du rekommenderad någon form av läkarbesök, undersökning, behandling eller operation – utöver det som du eventuellt nämnt i tidigare frågor?</b>		
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida	<b>Medförsäkrad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, komplettera på nästa sida

**Kompletterande upplysningar** om du svarat "ja" på någon av frågorna 4 a-f och/eller 5-8

Ange frågans nummer och bokstav. Besvara därefter följdfrågorna. Vid brist på utrymme kan svar lämnas på separat papper.

(Glöm då inte att skriva namnteckning, namnförtydligande, personnummer och datum.)

	Gruppmedlem Fråga nr:	Medförsäkrad Fråga nr:
Vilken är sjukdomen, skadan eller funktionshindret? Om diagnos inte är känd ange symtom.		
När debuterade detta första gången?		
När sökte/kallades du till läkare/vårdgivare första gången?		
När var senaste tillfället?		
Vårdgivares/läkares namn och fullständiga adress		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Vid medicinering, ange läkemedel		
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?
Kontrolleras du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?
Är du fullt återställd/symtomfri?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?

	Gruppmedlem Fråga nr:	Medförsäkrad Fråga nr:
Vilken är sjukdomen, skadan eller funktionshindret? Om diagnos inte är känd ange symtom.		
När debuterade detta första gången?		
När sökte/kallades du till läkare/vårdgivare första gången?		
När var senaste tillfället?		
Vårdgivares/läkares namn och fullständiga adress		
Vilken behandling/undersökning har du genomgått?		
Vid medicinering, ange läkemedel		
Behandlas du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades behandlingen?
Kontrolleras du fortfarande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När avslutades kontrollen?
Är du fullt återställd/symtomfri?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sedan när?
Har du varit sjukskriven till följd av detta?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Under vilken/vilka perioder?

**Underskrift/fullmakt****Jag bekräftar att:**

- Jag själv besvarat och fyllt i denna hälsodeklaration samt att de lämnade uppgifterna är fullständiga och sanna.
- Jag i samband med denna ansökan om Grupp-försäkring erhållit Skandias förköpsinformation.

**Jag intygar att:**

- Jag är bosatt och folkbokförd i Sverige när denna ansökan görs.

**Jag är medveten om att:**

- Oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig samt att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett eller tillhörande handling inte kan återropas av mig.
- Besvarad information arkiveras hos Skandia oavsett om ansökan bifalles eller inte.

**Jag medger att:**

- Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av Skandia.

Gruppmedlems namn		Medförsäkrads namn	
Gruppmedlems personnummer		Medförsäkrads personnummer	
Underskrift av gruppmedlem		Underskrift av medförsäkrad	
Datum	Telefon dagtid (även riktnr)	Datum	Telefon dagtid (även riktnr)

**Ansökan skickas till**

**Småföretagarnas Försäkringar, Box 38044, 100 64 Stockholm**

**Ofullständigt ifyllt ansökan återsänds**

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)  
Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083

Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt  
Säte: Stockholm Org.nr: 516406-0948

## Gruppförsäkring

Gäller från och med 2018-02-01

Detta är en kortfattad beskrivning av Skandias grupp-försäkringar. Gruppavtalet och ansökan anger vilka försäkringar som erbjuds medlemmar/medförsäkrade/anställd. Detta innebär att det inte alltid går att teckna samtliga försäkringar. Vid skadereglering används försäkringsvillkoren för gruppförsäkring. Ytterligare information hittar du på [smaforetagarnasforsakring.eu](http://smaforetagarnasforsakring.eu).

Gruppmedlem – avser fysisk person som är medlem i Småföretagarnas Riksförbund (kategori 1) samt den som är ägare/delägare/anställd i ett företag där en ägare/delägare är medlem i Småföretagarnas Riksförbund (kategori 2).

Medförsäkrad – avser gruppmedlems make/sambo/registrerade partner.

Med premie avses kostnad per person och månad.

## Gruppavtalet

Till grund för gruppförsäkringen ligger ett avtal mellan Skandia och Småföretagarnas Riksförbund. Gruppen består av gruppmedlemmar enligt ovan. En förutsättning för att en enskild försäkring ska kunna vara giltig är att gruppavtalet gäller.

## Försäkringsavtalet

Försäkringsavtal om frivillig gruppförsäkring ingås mellan Skandia och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet.

Ett sådant avtal kan ingås också genom att gruppmedlemmen låter bli att avböja försäkringen inom viss tid (så kallad reservationsanslutning).

Försäkringsavtalet löper på 1 år. Om inte försäkringsavtalet och inte heller gruppavtalet sägs upp av någon av parterna, förlängs försäkringsavtalet på de villkor som Skandia anger med 1 år i taget.

## Försäkringsvillkor

Skandia har rätt att vid förlängning av en försäkring ändra försäkringsvillkoren. Om sådan ändring sker tillämpas de förändrade försäkringsvillkoren först vid närmast följande förfallodag.

Skandia har även rätt att ändra villkoren under försäkringstiden om förutsättningarna för avtalet förändras på grund av ändrad lagstiftning. Om ett försäkringsfall inträffar regleras detta enligt de villkor som gäller när försäkringsfallet inträffar. För gruppavtalet och försäkringarna tillämpas svensk lag. Denna information bygger på lagstiftning som gällde vid tidpunkten för informationens framställande. Observera att lagstiftningen kan komma att ändras.

## Vem har rätt att anslutas till försäkringen?

Gruppavtalet anger vem som kan anslutas och vilka försäkringar som erbjuds. Följande personer kan ha rätt att anslutas till försäkring:

- Gruppmedlem, kategori 1
- Gruppmedlem, kategori 2

För anställd gäller att anställningen ska vara tillsvidare eller tidsbegränsad med en avtalad sammanhängande anställningstid om minst 6 månader. Med den som är tidsbegränsat anställd jämföras den som är provanställd och inte fått eller lämnat besked om att provanställningen inte ska övergå i en tillsvidareanställning.

- Make eller sambo till en person som har rätt att anslutas till försäkring. Maken eller sambon kan anslutas till försäkring om gruppmedlemmen tecknat minst en egen försäkring av de som omfattas av gruppavtalet.

För att anslutas till en försäkring måste du vid försäkringens tecknande:

- vara bosatt och folkbokförd i Sverige
- ha fyllt 16 år
- uppfylla hälsokraven (Se Krävs någon hälsoprövning vid anslutning till försäkringen eller vid en höjning av försäkringsbeloppet? nedan).

## Hur kan man anslutas till försäkringen?

Anslutning till en frivillig gruppförsäkring kan ske genom:

- att göra en egen anmälan, dvs. du ansöker om att anslutas till försäkringen
- att inte avböja försäkringen inom viss tid, så kallad reservationsanslutning. Se nedan.

Reservationsanslutning vid inträde i gruppen (ny gruppmedlem, kategori 1) – När du blir ny medlem i Småföretagarnas Riksförbund anmäls detta till FUAB. När anmälan har gjorts skickar FUAB ut ett informationsbrev med möjlighet att tacka nej till försäkringen inom viss tid. Under denna tid omfattas du av ett förskydd, se nedan. När tiden för avböjande gått ut börjar försäkringen att gälla och premie ska betalas. Enbart den som är fullt arbetsför då inträdet i gruppen sker har rätt att reservationsanslutas till andra försäkringar än olycksfallsförsäkring. Om anmälan inte sker inom 2 månader från medlemsinträdet kan du som ny medlem inte reservationsanslutas utan måste skicka in en egen ansökan.

Reservationsanslutning gäller inte för gruppmedlem kategori 2.

## Förskydd – ett kostnadsfritt försäkringsskydd vid inträde i gruppen (ny gruppmedlem, kategori 1)

Av ansökan framgår om förskydd gäller och vilket försäkringsskydd som omfattas. Förskyddet gäller för

ny gruppmedlem (kategori 1) som är fullt arbetsför vid inträdet i gruppen. Full arbetsförhet krävs dock inte för olycksfallsförsäkring.

Förskydd innebär att du som ny gruppmedlem omfattas av ett försäkringsskydd i 3 månader utan att behöva ansöka om försäkring eller betala premie. Efter den perioden upphör försäkringsskyddet om du inte har anslutits till försäkringen genom egen anmälan eller reservationsanslutning.

Under tiden som förskyddet gäller kan du även utöka/höja försäkringsskyddet för dig själv eller för medförsäkrad och barn genom egen anmälan. Även det utökade/höjda försäkringsskyddet är kostnadsfritt under den tid förskyddet gäller.

Vid reservationsanslutning löper tiden för avböjande av försäkringen ut samtidigt som förskyddet.

Förskydd gäller inte för gruppmedlem kategori 2.

### **Krävs någon hälsoprövning vid anslutning till försäkringen eller vid en höjning av försäkringsbeloppet?**

En grundförutsättning för att teckna gruppförsäkring är att du är fullt arbetsför\*, undantag finns se nedan.

Kravet på fullt arbetsför gäller inte vid ansökan om:

- Olycksfallsförsäkring
- Barnförsäkring

Fullt arbetsför krävs om:

- du ansöker om Privatvårdsförsäkring
- du under perioden då förskydd gäller, ansöker om fortsatt Livförsäkring som högst motsvarar det försäkringsbelopp som omfattas av förskyddet (se ansökan)

Fullständig hälsoprövning krävs om:

- du under perioden då förskydd gäller söker högre belopp än vad som omfattas av förskyddet (se ansökan)
- du efter perioden då förskydd upphört ansöker om Livförsäkring.
- medförsäkrad ansöker om Livförsäkring.

\*Med fullt arbetsför menas att du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan undantag och inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning. Du får heller inte av hälsoskäl ha särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande. Är du föräldraledig anses du vara fullt arbetsför.

### **När kan ansökan göras och när börjar försäkringen gälla?**

Försäkringen gäller från och med dagen efter anmälan om anslutning görs till FUAB under förutsättning att ansökan beviljas. Sker anslutning genom reservationsanslutning börjar försäkringen gälla när tiden för avböjande går ut.

Ansökan om försäkring kan göras så länge du tillhör gruppen och inte uppnått försäkringens högsta inträ-

desålder. Vid nyanställning kan ansökan göras tidigast 30 dagar innan anställningsdagen. En förutsättning för att försäkringen börjar gälla vid anställningsdagen är att du är fullt arbetsför denna dag. Om du inte är det måste du kontakta FUAB.

### **Hur länge gäller försäkringen?**

En gruppförsäkring gäller längst till dess du som gruppmedlem eller den medförsäkrade uppnår den i gruppavtalet angivna slutåldern, vid utgången av den månad den försäkrade fyller 65 år.

### **Försäkrad gruppmedlem**

Gruppförsäkringen upphör dessförinnan, för samtliga försäkrade, att gälla bl.a.

- vid utgången av den månad du inte längre tillhör den grupp av personer som enligt gruppavtalet kan försäkras
- när du säger upp gruppförsäkringen
- när förskyddet löper ut utan att du har anslutits till försäkringen
- när premien inte betalas i rätt tid och försäkringen upphör. Se "Hur beräknas och betalas premien?" nedan.
- när gruppavtalet upphör. En uppsägning av gruppavtalet av gruppöreträdaren eller Skandia gäller gentemot samtliga försäkrade.

### **Medförsäkrad**

Utöver vad som anges under Försäkrad gruppmedlem ovan gäller följande för medförsäkrad. Om gruppmedlemmens försäkring upphör, upphör också den medförsäkrades försäkring att gälla. Den medförsäkrades försäkring upphör dessutom att gälla dessförinnan vid utgången av den månad då

- du avlider eller
- äktenskapet, det registrerade partnerskapet eller samboförhållandet med dig upplöses.

Giltighetstiden kan inte förlängas genom att premien betalas för tid efter det att försäkringen har upphört.

När gruppförsäkringen upphör kan du inom 3 månader från det att försäkringen upphört ha rätt att teckna fortsättningsförsäkring, seniorförsäkring eller vidareförsäkring. Den medförsäkrade kan ha rätt att teckna fortsättningsförsäkring eller seniorförsäkring.

### **Vad händer om någon uppgift är oriktig eller ofullständig?**

En oriktig eller ofullständig uppgift om förhållanden som har betydelse för hur försäkringsrisken bedöms kan medföra att Skandia säger upp försäkringen för att den ska upphöra eller ändras och att Skandias ansvar för inträffade försäkringsfall begränsas eller helt bortfaller.

### **Hur beräknas och betalas premien?**

Premie beräknas för 1 år i sänder och grundar sig på bland annat den premietariff som gäller vid årets början. Premien är beräknad för att täcka förväntade skadekostnader och omkostnader för administration,

information och försäljning. Premien ska betalas senast på förfallodagen. Om premien inte betalas i rätt tid och dröjsmålet inte är av ringa betydelse, får Skandia/FUAB säga upp försäkringen eller begränsa sitt ansvar enligt försäkringsvillkoret. Uppsägningen får verkan 14 dagar efter det att FUAB skickar meddelande om uppsägning, om premien inte betalas inom denna tid.

Premie betalas kvartalsvis genom inbetalningskort.

### Hur sker en uppsägning?

Du har rätt att när som helst säga upp en försäkring att upphöra. Uppsägningen ska vara skriftlig.

### Har du rätt att ångra dig?

Är du inte nöjd med ditt köp av gruppförsäkring har du rätt att ångra dig. Om du meddelar FUAB inom 30 dagar från den dag du fått bekräftelse på att försäkringen börjat gälla kan du omedelbart avsluta avtalet. Du får då tillbaka inbetald premie. Om du vill utnyttja din ångerrätt kontakta FUAB.

### Vilka skatteregler gäller?

Utbetalda försäkringsbelopp är fria från inkomstskatt.

### Försäkringsgivare

Under respektive försäkring framgår vem som är försäkringsgivare. Försäkringsgivarna står under tillsyn av Finansinspektionen.

### Om du inte är nöjd

Skandia är ett kundstyrt bolag och det är viktigt för oss att vara transparenta och ha en öppen dialog med dig som kund. Vi vill så klart att du ska känna dig nöjd med oss. Om du har synpunkter får du gärna höra av dig till oss - så att vi kan bli bättre!

Vid klagomål ska du i första hand alltid kontakta den person som utfört ditt ärende för att få ytterligare förklaring till beslutet och reda ut eventuella missförstånd. Om du inte vet vem du ska vända dig till kan du alltid kontakta Skandias kundservice som ser till att du får hjälp, telefon 0771-55 55 00 eller gå in på skandia.se. Klagomålsansvarig inom Skandia har till uppgift att se till att klagomålen blir omhändertagna.

Om du inte är nöjd med det beslut du fått i ditt klagomål kan du vända dig till Skandias Kundombudsman. På din begäran kan Kundombudsmannen ompröva alla typer av ärenden och skador och granska både handläggningen och beslut i olika frågor. Klagomål som gäller den medicinska riskbedömningen hanterar Kundombudsmannen däremot inte.

Konsumentverket erbjuder också oberoende vägledning via deras upplysningstjänst Hallå Konsument. Du kan få information och råd direkt via hemsidan, mejl, chatt eller telefon i bl.a. bank- och försäkringsfrågor. Många kommuner har också en konsumentvägledare som kan ge dig information och råd. Du kan hitta konsumentvägledningen i din kommun via Hallå Konsument. Du kan också få allmänna upplysningar och vägledning i försäkringsfrågor av Konsumenternas Försäkringsbyrå.

Om du vill få din sak prövad genom tvistlösning utanför Skandia har du rätt att vända dig till en alternativ tvistlösningsnämnd. En tvist som gäller försäkring kan prövas av Allmänna reklamationsnämnden och om det handlar om försäkringsmedicinska frågor, av Personförsäkringsnämnden. Du kan enkelt lämna in ditt klagomål till dessa nämnder via EU:s plattform för tvistlösning online. Via plattformen vidarebefordras klagomålet till den alternativa tvistlösningsnämnd du väljer och hela processen hanteras online via plattformen. Du kan också få en tvist prövad av allmän domstol. Har du rättsskydds försäkring, vilket ofta ingår i hemförsäkringen, kan den försäkringen ofta ersätta dina advokatkostnader.

Skandias Kundombudsman (KO)  
Postadress: Dokumenthantering R809,  
106 37 Stockholm  
Telefon: 08-788 10 00  
Mejladress: kundombudsmannen@skandia.se

Konsumentverket  
Besöksadress: Tage Erlandergatan 8 A, Karlstad  
Postadress: Box 48, 651 02 Karlstad  
Telefon: 0771-42 33 00  
Webbplats: konsumentverket.se

Hallå Konsument  
Telefon: 0771-525 525  
Webbplats: hallakonsument.se

Konsumenternas Försäkringsbyrå  
Besöksadress: Karlavägen 108, Stockholm  
Postadress: Box 24215, 104 51 Stockholm  
Telefon: 0200-22 58 00  
Webbplats: konsumenternas.se

EU:s plattform för tvistlösning online  
Webbplats: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

Allmänna reklamationsnämnden  
Besöksadress: Kungsholmstorg 5, Stockholm  
Postadress: Box 174, 101 23 Stockholm  
Telefon: 08-508 860 00  
Webbplats: arn.se

Personförsäkringsnämnden  
Besöksadress: Karlavägen 100, Stockholm  
Postadress: Svensk Försäkrings Nämnder, Box 24067,  
104 50 Stockholm  
Telefon: 08-522 787 20  
Webbplats: forsakringsnamnder.se/PFN/

Skandias adress och telefonnummer  
Vid riskbedömning och skadereglering kontaktas:  
Skandia Kundservice  
Telefon: 0771-55 55 00  
Mejladress: grupp@skandia.se

Postadress vid riskbedömning:  
Skandia  
Dokumenthantering, R805  
106 37 Stockholm

Postadress vid skadereglering:  
Skandia  
Dokumenthantering, R802  
106 37 Stockholm

### **Livförsäkring**

En livförsäkring innebär att ett engångsbelopp betalas ut till förmånstagaren vid dödsfall. Förutom dödsfallskapital ingår även barnlivförsäkring. Livförsäkringen innehåller inget sparande utan är en ren riskförsäkring. Om du förutom grupplivförsäkringen har andra livförsäkringar kan ersättning betalas ut från samtliga försäkringar.

Dödsfallskapital betalas ut om du avlider under försäkringstiden.

Försäkringsbeloppet reduceras beroende på din ålder vid dödsfallet. Från och med 60 års ålder reduceras försäkringsbeloppet med 10 procentenheter per år, högst 50 %. Reduktion sker inte om du har arvsberättigade barn under 17 år vid dödsfallet.

Förmånstagare - är i första hand make, registrerad partner eller sambo, i andra hand arvingar. Du kan skriva ett eget förmånstagarförordnande genom att fylla i en särskild blankett. Denna finns att hämta på [smaforetagarna.forsakring.eu](http://smaforetagarna.forsakring.eu)

Barnlivförsäkring - ingår som en del av gruppmedlems och medförsäkrads livförsäkring och gäller för försäkrads arvsberättigade barns dödsfall. Försäkringsbelopp vid dödsfall är 1 prisbasbelopp. Försäkringen gäller längst till utgången av den månad barnet fyller 20 år. Upphör livförsäkringen dessförinnan, upphör också barnets försäkring att gälla. För att omfattas av barnlivförsäkringen gäller att barnet inte har fyllt 16 år, att föräldrar inte beviljats vårdbidrag för barnet eller att barnet inte vårdas på sjukhus eller annan vårdinrättning vid tecknandet av livförsäkringen.

Livförsäkringen gäller i hela världen oavsett hur länge utlandsvistelsen varat.

Premieberäkning sker utifrån gruppmedlems ålder.

Försäkringen gäller längst till och med månaden ut som den försäkrade fyller 65 år. Medförsäkrads försäkring upphör alltid när gruppmedlem lämnar gruppavtalet.

Försäkringsgivare: Livförsäkringsbolaget Skandia, ömsesidigt. Säte: Stockholm Org.nr: 516406-0948.

### **Olycksfallsförsäkring**

En olycksfallsskada är en kroppsskada som du ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse. Försäkringen gäller dygnet runt.

En förutsättning för rätt till ersättning är att skadan krävt läkarvård. Det finns inga begränsningar för särskilt riskfyllda aktiviteter och försäkringen gäller utan självrisk. Vid tecknandet av olycksfallsförsäkring krävs ingen hälsoprövning.

Försäkringen kan omfatta:

- Läkekostnader
- Tandskadekostnader
- Resekostnader
- Merkostnader upp till 3,5 prisbasbelopp
- Rehabiliteringskostnader upp till 2 prisbasbelopp
- Krisförsäkring
- Sveda och värk
- Medicinsk invaliditet
- Ekonomisk invaliditet
- Ärrersättning
- Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp

Invaliditetsersättningens storlek bestäms av försäkringsbeloppet, ålder vid skadetillfället samt invaliditetsgrad.

Försäkringsbeloppet reduceras vid medicinsk och ekonomisk invaliditet med 5 procentenheter per år från och med 56 år.

Vid vistelse utanför Norden som varat längre tid än 1 år gäller inte olycksfallsförsäkringen. Vid vistelse utanför Norden med anledning av utlandstjänst, kan andra regler gälla.

Försäkringen gäller längst till och med månaden ut som den försäkrade fyller 65 år. Medförsäkrads försäkring upphör alltid när gruppmedlem lämnar gruppavtalet.

Försäkringsgivare: Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083

### **Barnförsäkring – olycksfall och sjukdom**

Barnförsäkringen ger ett försäkringsskydd vid olycksfall och sjukdom och gäller för arvsberättigat barn till dig som är gruppmedlem. Barn till din make/registrerade partner/sambo omfattas om de är folkbokförda på samma adress som du.

En förutsättning för rätt till ersättning är att olycksfallet eller sjukdomen krävt läkarvård. Det finns inga begränsningar för särskilt riskfyllda aktiviteter och försäkringen gäller utan självrisk. Vid tecknande av barnförsäkring krävs ingen hälsoprövning. Barn fött utanför Norden omfattas av olycksfallsförsäkringen så snart det kommit till Sverige. Sjukförsäkringen gäller inte förrän barnet varit i Sverige minst 1 år och genomgått adoptivbarnsundersökning eller motsvarande allsidig läkarundersökning samt följts upp på barnavårdscentral eller hos barnläkare.

Vid olycksfallsskada kan ersättning lämnas för:

- Läkekostnad
- Tandskadekostnad
- Resekostnad
- Merkostnad upp till 3,5 prisbasbelopp
- Rehabiliteringskostnader upp till 2 prisbasbelopp

- Ersättning vid sjukhusvistelse under högst 365 dagar, gäller längst till och med 18 års ålder
- Krisförsäkring för barn över 16 år
- Medicinsk invaliditet
- Ekonomisk invaliditet
- Ärrersättning
- Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp

En olycksfallsskada är en kroppsskada som barnet ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse.

Vid sjukdom kan ersättning lämnas för:

- Ersättning vid sjukhusvistelse under högst 365 dagar, gäller längst till och med 18 års ålder
- Medicinsk invaliditet
- Ekonomisk invaliditet
- Ärrersättning
- Dödsfallskapital 1 prisbasbelopp

### Inskränkningar i giltigheten

Sjukförsäkringen lämnar inte ersättning för följder av sjukdom, kroppsfel eller psykisk utvecklingsstörning eller för följder av olycksfallsskada som inträffat innan Skandias ansvarighet inträtt. Försäkringen lämnar heller inte ersättning för medfödda sjukdomar eller för sjukdomar som uppkommit under första levnads-månaden. Inskränkningarna tillämpas dock inte om symtom på sådan åkomma visat sig först sedan barnet fyllt 6 år. Av försäkringsvillkoren framgår vilka medfödda sjukdomar som är helt undantagna från ersättning. Exempel på sådana sjukdomar är DAMP, ADHD och Autism.

Invaliditetsersättningens storlek bestäms av försäkringsbeloppet och invaliditetsgraden.

Vid vistelse utanför Norden som varat längre tid än 1 år gäller inte barnförsäkringen. Vid gruppmedlems vistelse utanför Norden med anledning av utlandstjänst, kan andra regler gälla.

Under förutsättning att du som gruppmedlem inte har uppnått gruppavtalets slutålder (månaden ut som du fyller 65 år) gäller barnförsäkringen längst till och med det kalenderår barnet fyller 25 år. Du måste själv anmäla när yngsta barnet uppnått slutåldern (25 år). Barnet kan inom 3 månader efter uppnådd slutålder teckna vidareförsäkring.

Försäkringen kan endast tecknas av gruppmedlem.

Försäkringsgivare: Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083

### Privatvårdsförsäkring

Försäkringen ger tillgång till privat läkarvård. Efter kontakt med Skandias Vårdplanering ges tillgång till undersökning och behandling som utförs av läkare vid sjukhus/mottagningar i Skandias nätverk. All vård och behandling samt alla kostnader ska godkännas av Skandia i förväg. Försäkringen gäller för vård i Sverige. Vissa speciella behandlingsformer kan inte erbjudas i Sverige inom den privata vården. Dessa behandlingar sker då i den offentliga vården och kan inte

bokas av Skandias Vårdplanering. Försäkringen lämnar inte ersättning under den tid du är bosatt och folkbokförd utomlands. Försäkringen gäller med 600 kr i självrisk för varje försäkringsfall.

Försäkringen omfattar:

- Sjukvårdsrådgivning
- Vårdplanering
- Vårdgaranti - du garanteras att inom 7 vardagar få en första kontakt med en läkare eller inom 20 vardagar bli inskriven på sjukhus i Skandias nätverk
- Privat läkarvård
- Läkemedel
- Patientavgifter
- Operation och sjukhusvård
- Eftervård - rehabilitering
- Hjälp i hemmet efter operation
- Behandling hos fysioterapeut, naprapat, kiropraktor eller arbetsterapeut
- Behandling hos psykolog eller psykoterapeut
- Dietist
- Hjälpmedel
- Resor och logi
- Second opinion

### Inskränkningar i giltigheten

Försäkringen täcker inte sjukdom eller olycksfallsskada som du haft symtom från eller fått vård eller medicineringsfri i 2 sammanhängande år när, sjukdomen/skadan eventuellt återkommer, omfattas den ändå av försäkringen. För fullständig beskrivning angående begränsningar gällande vårdgaranti samt inskränkningar i giltigheten, se villkor för gruppförsäkring.

Premien beräknas utifrån den försäkrades ålder. Försäkringen gäller längst till och med månaden ut som den försäkrade fyller 65 år. Medförsäkrads försäkring upphör alltid när gruppmedlem lämnar gruppavtalet.

Försäkringsgivare: Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ) Säte: Stockholm Org.nr: 502017-3083

### Information om behandling av personuppgifter hos Skandia

Behandling av personuppgifter omfattas av bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204) (PuL) med flera lagar. Personuppgifter som lämnas till ett bolag i Skandiakoncernen, som är personuppgiftsansvarig, kommer att behandlas av bolaget och andra bolag i Skandiakoncernen för att bolagen ska kunna fullgöra ingångna avtal, förbereda för avtal eller skyldigheter som föreligger enligt lag eller andra författningar. Med personuppgift avses enligt PuL all slags information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person t.ex. uppgifter som du för din egen eller för din huvudmans räkning lämnar när du ansöker om/lämnar intresseanmälan om/ingår avtal om att öppna en depå, teckna en försäkring, ansöka om bolån etc. eller som du lämnar under affärsförbin-



delsens gång. Detta inkluderar även uppgifter om kontakter mellan dig och Skandia t.ex. noteringar och klagomål. Skandia kan komma att spela in eller på annat sätt dokumentera din kommunikation med bolaget.

Uppgifterna kan även komma att användas för marknadsanalyser, statistik och för att utvärdera tjänster och produkter. Uppgifterna kan vidare komma att användas för riskhantering och beslutsfattande. Detta avser exempelvis bedömning av kreditvärdighet för kapitaltäckningsändamål och beslut att bevilja ett lån. Personuppgifter kan även behandlas som underlag för finansiell rådgivning eller för att informera om Skandiakoncernens och dess samarbetspartners tjänster och produkter.

Personuppgifter kan för angivna ändamål komma att utlämnas till bolag i Skandiakoncernen och andra företag som bolag i Skandiakoncernen samarbetar med såväl inom som utom EU- och EES-området, t.ex. Finansinspektionen, Skatteverket, Försäkringskassan, Valcentraler, Bouppteckning, Bankgirocentralen, Swift, Privatgirot och kortorganisationer (Visa). Transaktioner via Swift (Society for Worldwide Interbank Financial Telecommunication) medför att personuppgifter i uppdraget behandlas i Swifts centrala transaktionsbaser såväl inom EES som i USA. Information i uppdraget kan därmed också komma att lämnas ut till myndigheter i andra länder än Sverige enligt lokal lagstiftning.

Vid transaktioner kommer Skandia kontrollera mottagare mot sanktionslistor och dina personuppgifter kommer också regelbundet screenas mot s.k. PEP (politically exposed person) listor. Detta har Skandia skyldighet att göra enligt lag eller myndighetsbeslut.

Personuppgifterna kan även komma att användas för att rikta direktreklam och erbjudanden av olika slag. Den som inte vill motta adresserade erbjudanden kan kontakta Skandias kundtjänst och begära s.k. reklamspärr.

Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade men kan också komma att inhämtas från arbetsgivaren eller annan. I syfte att upprätthålla en god kund- och registervård kan Skandia komma att komplettera personuppgifterna genom inhämtning från privata och offentliga register, t.ex. uppdatering av adressuppgifter med hjälp av det statliga personadressregistret, SPAR.

Skandia kommer vid behandlingen av personuppgifter att iaktta stor försiktighet för att skydda din personliga integritet. Den kundinformation Skandia får behandlas konfidentiellt och för Skandias bank omfattas informationen av banksekretessen. Uppgifterna kommer endast att göras tillgängliga för personer som behöver ha tillgång till uppgifterna för ovan angivna syften.

Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har varje registrerad rätt att en gång per kalenderår begära ut information om vilka personuppgifter som behandlas av Skandia. Sådan begäran framställs skriftligen och

undertecknad till Skandias personuppgiftsombud, Lindhagensgatan 86, 106 55 Stockholm. Till samma adress kan kunden även skicka begäran om rättelse av felaktig eller ofullständig uppgift.

## Information om försäkringsförmedlaren

### Försäkringsförmedlare

Försäkringen förmedlas av Försäkringsutveckling Sverige AB, FUAB org.nr. 559058-8850, Box 38044, 100 64 Stockholm, telefon 08-520 056 00. FUAB är registrerat hos bolagsverket ([www.bolagsverket.se/0771-670 670](http://www.bolagsverket.se/0771-670 670)) som en oberoende försäkringsförmedlare som förmedlar liv (klass 1A) samt sakförsäkring. FUAB står under tillsyn av Finansinspektionen ("FI") vilken är den myndighet som övervakar företagen på finansmarknaden. FI nås enklast via finansinspektionen@fi.se, [www.fi.se](http://www.fi.se) eller 08-787 80 00. FI kan på begäran lämna upplysningar om FUAB och dess anställdas förmedlingsbehörighet. FUABs verksamhet som försäkringsförmedlare regleras främst genom lagen (2005:405) om försäkringsförmedling och FI:s föreskrifter och allmänna råd FFFS 2005:11 om försäkringsförmedling. Lagen om försäkringsförmedling och FI:s föreskrifter kompletterar varandra och syftar bl.a. till att skydda Dig som kund.

### Ersättning

För uppdraget som försäkringsförmedlare uppbär FUAB 16% i ersättning från försäkringsgivaren med vilka kunden ingår försäkringsavtal, beräknad utifrån den premie kunden betalar. Ingen annan ersättning kommer att uppbäras av FUAB än överenskommen ersättning enligt föregående mening. Om återbetalning av premie sker kommer ersättningen till FUAB att reduceras. Återbetald premie inkluderar den reducerade ersättningen till FUAB.

### Ansvarsförsäkring

FUAB har en lagenlig ansvarsförsäkring som täcker den skadeståndsskyldighet som en försäkringsförmedlare hos FUAB kan ådra sig i samband med försäkringsförmedlingsverksamhet.

Om du drabbats av skada eller ekonomisk förlust som du anser att förmedlarens agerande har vållat, kan du framställa krav mot FUAB eller rikta krav direkt mot den försäkringsgivare som nämns nedan. Du måste underrätta FUAB om ditt skadeståndskrav inom skälig tid, senast inom ett år från det att du märkt eller bortmärka att skada uppkommit. Om underrättelse inte sker inom denna tid, förfaller rätten till skadestånd. Detsamma gäller om talan inte väcks senast inom tio år från förmedlingstillfället.

Ansvarsförsäkringen uppfyller de krav på omfattning som ställs enligt lag och FI:s föreskrifter. Den högsta ersättning som kan betalas ut från ansvarsförsäkringen för en skada är för närvarande 1 250 618 euro och den högsta ersättning som sammanlagt kan betalas ut under ett år är 2 501 236 euro. Försäkringsgivare är Hiscox Ltd via Nordeuropa Försäkring, Box 56044, 102 17 Stockholm. E-post: [info@nordeuropa.se](mailto:info@nordeuropa.se), tel. 08-664 51 00. Försäkringsgivaren ställer på begäran ut försä-

kringscertifikat.

### **Klagomål**

Om du inte är nöjd med handläggningen av försäkringen kontakta klagomålsansvarig på FUAB, enklast via e-post till [klagomal@fuab.com](mailto:klagomal@fuab.com) eller på telefon eller brev enligt kontaktuppgifterna ovan. FUAB behandlar klagomål snabbt och effektivt med stor omsorg om den klagande.

### **PUL (Personuppgiftslagen)**

Alla uppgifter som du lämnat till FUAB behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL). Uppgifterna kan kompletteras med information från offentliga register. Ansvarig för personuppgifterna är FUAB. Vi sparar på uppgifterna för att kunna bedöma försäkringsansökningar, administrera försäkringsavtal, upprätthålla försäkringsregister, upprätta försäkringsstatistik, bedriva produktutveckling samt genomföra marknadsföring. FUAB överför månatligen en kopia av försäkringsregistret till Skandia, i enda syfte att Skandia ska kunna reglera skadeärenden och i övrigt fullgöra sina åtaganden som försäkringsgivare. Enligt lag kan vi även behöva lämna ut uppgifter till myndigheter. Uppgifter om försäkringar som inte blivit beviljade och försäkringar som blivit avslutade sparas endast under begränsad tid. Vill du få upplysning om vilka personuppgifter som FUAB har om dig eller begära rättelse av felaktiga uppgifter behöver vi en skriftlig begäran från dig. Ange försäkrings eller personnummer och skriv under begäran med din namnteckning och skicka den till Försäkringsutveckling, Personuppgiftsansvarig, Box 38044, 100 64 Stockholm. Alla uppgifter som du lämnat till oss behandlas i enlighet med personuppgiftslagen.