

Vi kan
försäkringar,
sparande
och pension

Livförsäkring 2018

Innehåller förköpsinformation

En livförsäkring tecknar du inte i första hand för din egen skull utan för dina närmaste.

Har du funderat på hur du kan göra livet tryggare för dig och dina närmaste? En livförsäkring är inte allt, men det är en bra start. En livförsäkring tecknar du inte i första hand för din egen skull utan för dina närmaste, de som behöver dig mest. Kan din familj bo kvar i huset eller lägenheten om något skulle hända dig, och kan de fortsätta leva det liv de lever idag? Det är jobbiga men viktiga frågor att ställa sig.

Fördelar med försäkringen:

- ✓ Låg premie
- ✓ Belopp från 500 000 kr till 3 000 000 kr
- ✓ Du kan försäkra make/maka eller sambo

Vem kan teckna försäkringen?

Livförsäkringen kan tecknas t.o.m. 67 års ålder. Du kan även försäkra din make/maka eller sambo. För att teckna livförsäkringen behöver du svara på några frågor om din hälsa. Frågorna hittar du på anmälningsblanketten.

Så länge gäller försäkringen

Livförsäkringen gäller t.o.m. det kalenderår du som medlem fyller 67 år.

Förmånstagarförordnande

Dödsfallsersättningen betalas ut till förmånstagarna. De är i följande ordning:

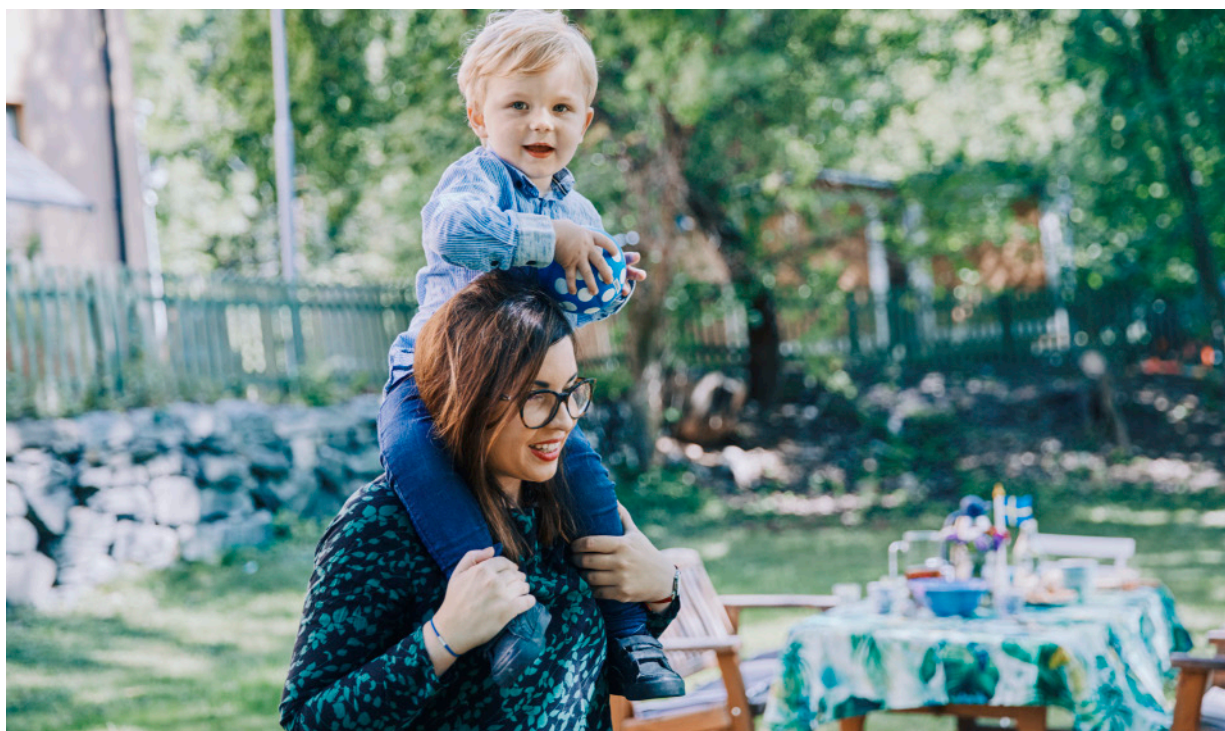
1. Make, registrerad partner eller sambo
2. Arvingar

Du kan även välja någon annan som förmånstagare genom att skriva ett särskilt förmånstagarförordnande. Blankett kan du beställa från oss eller ladda ner från vår webbplats.

Så mycket kostar försäkringen

Månadspremie	-35 år	36-41 år	42-51 år	52-61 år	62-67 år
Livförsäkring 500 000 kr	14 kr	16 kr	20 kr	32 kr	50 kr
Livförsäkring 1 000 000 kr	29 kr	36 kr	50 kr	92 kr	155 kr
Livförsäkring 1 500 000 kr	44 kr	56 kr	80 kr	152 kr	260 kr
Livförsäkring 2 000 000 kr	59 kr	76 kr	110 kr	212 kr	365 kr
Livförsäkring 2 500 000 kr	74 kr	96 kr	140 kr	272 kr	470 kr
Livförsäkring 3 000 000 kr	89 kr	116 kr	170 kr	332 kr	575 kr

Försäkringen kostar lika mycket för medförsäkrad som för medlem.





Vad innehåller försäkringen?

Dödsfallskapital	Max 3 000 000 kr. Beloppet avtrappas med 5 procentenheter per år fr.o.m. 55 t.o.m. 64 års ålder. Därefter kvarstår hälften av det ursprungliga dödsfallskapet t.o.m. det kalenderåret då du fyller 67 år. Har du barn under 20 år minskar inte beloppet.
Barnskydd: Ingår i medlems men ej medförsäkrads livförsäkring	
Barns arbetsförmåga	400 000 kr. Utbetalas om barnet på grund av sjukdom eller olycksfall som visar sig under försäkringstiden blir arbetsförmöget till minst hälften före 20 års ålder. Barnet ska efter fyllda 20 år ha varit oavbrutet arbetsförmöget till minst hälften i minst 2 år och arbetsförmågan ska ha bedömts som bestående.
Barns dödsfall	35 000 kr. Utbetalas till gruppmedlem om barn avlider före 20 års ålder.

Alla ersättningar är skattefria.

Du väljer försäkringsbelopp själv

Du kan själv välja det försäkringsbelopp som passar din livssituation – från 500 000 till 3 000 000 kronor.

Lever du tillsammans med någon är det viktigt att ni har varsin livförsäkring så att ni skyddar varandra, eventuella barn och den gemensamma ekonomin. Det går också att ha flera livförsäkringar.

Med ett extra skydd för eventuella barn

Försäkringen innehåller ett barnskydd som ger ersättning om ditt barn blir arbetsförmöget till följd av sjukdom eller olycksfall. Om du har livförsäkringen innan barnet föds gäller barnskyddet även för medfödda handikapp och sjukdomar. Barnskyddet innehåller också en ersättning vid dödsfall.

Anmälningssblankett Livförsäkring 2018

Det är viktigt att du fyller i alla uppgifter.

Skicka blanketten till: Frisvar, Svenska Lärarförsäkringar AB, Kund nr 20344512, 110 05 Stockholm

Jag vill teckna Livförsäkring för mig som medlem med ett dödsfallskapital på kr

Jag vill teckna Livförsäkring för medförsäkrad med ett dödsfallskapital på kr

Medlems namn	Medlems personnummer
Medförsäkrads namn	Medförsäkrads personnummer
Adress	Postadress
Medlems e-post	Medlems tel.nr dagtid (arbete, bostad el mobil)

Jag vill ändra det generella förmånstagarförordnandet till livförsäkringens dödsfallskapital. Var vänlig skicka blankett.

Viktig information

Försäkringen träder i kraft när Svenska Lärarförsäkringar AB har fått in anmälan under förutsättning att hälsodeklarationen godkänns av försäkringsgivaren. Försäkringspremien aviseras tillsammans med medlemsavgiften till ditt förbund. Betalningssättet är också detsamma som du har valt för medlemsavgiften.

För att Lärarförsäkringar ska kunna utföra uppdraget som försäkringsförmedlare sparas dina kunduppgifter hos oss. Behandling av personuppgifterna sker i enlighet med personuppgiftslagen (PuL). Ansvarig för personuppgifterna är Svenska Lärarförsäkringar AB och Förenade Liv Gruppörsäkringar AB.

Uppgifterna används för förvaltning av försäkringsavtalet och för ändamål som är nödvändiga för försäkringsverksamheten. Mer information om PuL och om hur dina uppgifter används hittar du på lararforsakringar.se.

Hälsodeklaration

	Medlem	Medförsäkrad
Är du fullt arbetsför? För att anses som fullt arbetsför ska du kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Fullt arbetsför är inte den som tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning. Du måste vara fullt arbetsför för att teckna sjukförsäkringen. Du som för närvarande inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkringen när du åter är fullt arbetsför.	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du tidigare lämnat en hälsodeklaration när du har ansökt om en försäkring hos Lärarförsäkringar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Röker du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ange längd:	cm	cm
Ange vikt:	kg	kg
Yrke medlem:		
Yrke medförsäkrad:		

Lämnade uppgifter bekräftas genom underskrift på nästa sida.

fortsättning på nästa sida →

fortsättning hälsodeklaration

Har du anlitat vårdgivare* under de senaste tre åren på grund av:

*Fått recept, sjukskrivits, vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt kontaktat läkare eller t ex sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, psykolog.

	Medlem	Medförsäkrad
1. allergi, astma eller annan lungsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
2. hudbesvär/sjukdom, eksem?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3. sköldkörtelbesvär/struma eller annan ämnesomsättningsrubbnig?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4. ögonbesvär/sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
5. öronbesvär/sjukdom, tinnitus, hörselnedsättning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6. besvär/sjukdom i rygg, nacke, axlar, skuldror, armar, höfter, ben, knän, fötter och/eller händer?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
7. besvär/sjukdom i muskler och/eller leder?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
8. psykiska besvär/sjukdom, sömnlöshet, stress, utbrändhet, krisreaktion, utmattningsdepression?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
9. besvär/sjukdom i mage, tarmar, galla, bukspottkörtel eller lever?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
10. besvär/sjukdom i urinvägar, njurar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
11. besvär/sjukdom i underlivsorgan eller prostata?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
12. diabetes/förhöjda blodsockervärden?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
13. förhöjt blodtryck? Om Ja, ange de två senaste värdena (exempel 140/80) och datum för dessa: Medlem 1) värde _____ datum _____ 2) värde _____ datum _____ Medförs. 1) värde _____ datum _____ 2) värde _____ datum _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
14. förhöjda blodfetter?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
15. besvär/sjukdom i hjärta, bröstsmärtor, hjärtklappning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
16. sjukdom i hjärnan, stroke (hjärnblödning, blodpropp), TIA (Transitorisk Ischemisk Attack)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
17. besvär/sjukdom i övriga blodkärl, åderbräck, aortaaneurysm?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
18. epilepsi, krampsjukdom eller annan sjukdom i nervsystemet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
19. tumörsjukdom, cancersjukdom, blodsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
20. andra besvär, symtom, sjukdom eller handikapp än angivna i frågorna 1-19?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Om du eller medförsäkrad svarat "Ja" på någon av frågorna 1-20 lämna kompletterande uppgifter på följande sidor.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av försäkringsgivaren. Hälsodeklarationen får inte vara äldre än 30 dagar. Jag är medveten om att försäkringsgivaren / försäkringsförmedlaren kan komma att arkivera ansökningshandlingar och inhämtade uppgifter

Medlems personnummer		Medförsäkrads personnummer	
Datum	Medlems underskrift	Datum	Medförsäkrads underskrift

Komplettering Livförsäkring medlem

Kompletterande uppgifter till fråga nr _____ i hälsodeklarationen.

Det är viktigt att alla frågor besvaras. Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett.

Vad heter sjukdomen/besvären?

Beskriv besvären/symtomen med egna ord:

Hur ofta har du/har du haft besvär?

Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)?

När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet?	År:	Månad:
Har du tidigare haft liknande besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om svaret är "Ja", när hade du besvär?	År:	Månad:

Vilken behandling/undersökning har du genomgått?

Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/ klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.	Orsak/diagnos?	När anlätade du vårdgivaren senast?	
		År:	Månad:
Har du varit sjukskriven för ovanstående besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

Om svaret är "Ja", ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.

Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:
Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:
Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:

Använder du eller har du använt mediciner på grund av ovanstående?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Om svaret är "Ja", ange vilka mediciner.

Vilken tidsperiod?

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Om svaret är "Ja", av vilket slag?

Är du symtomfri?	Ja <input type="checkbox"/>	Sedan när?	År:	Månad:
	Nej <input type="checkbox"/>	Vilka kvarstående men/besvär har du?		

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av försäkringsgivaren. Hälsodeklarationen får inte vara äldre än 30 dagar. Jag är medveten om att försäkringsgivaren / försäkringsförmedlaren kan komma att arkivera ansökningshandlingar och inhämtade uppgifter

Medlems personnummer	
Datum	Medlems underskrift

Komplettering Livförsäkring medförsäkrad

Kompletterande uppgifter till fråga nr _____ i hälsodeklarationen.

Det är viktigt att alla frågor besvaras. Vid flera Ja-svar på hälsodeklarationen kopiera gärna denna blankett.

Vad heter sjukdomen/besvären?

Beskriv besvären/symtomen med egna ord:

Hur ofta har du/har du haft besvär?

Orsak till besvären/symtomen (t.ex. olycksfall, sjukdom, arbetsrelaterat)?

När debuterade symtomet/sjukdomen, skadan eller handikappet?	År:	Månad:
Har du tidigare haft liknande besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om svaret är "Ja", när hade du besvär?	År:	Månad:

Vilken behandling/undersökning har du genomgått?

Ange namn och fullständig mottagningsadress, avdelning/ klinik till vårdgivare som du anlitat under de senaste tre åren.	Orsak/diagnos?	När anlitate du vårdgivaren senast?	
		År:	Månad:

Har du varit sjukskriven för ovanstående besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Om svaret är "Ja", ange sjukskrivningsperiod och diagnos så noggrant som möjligt.

Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:
Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:
Fr.o.m.	t.o.m.	Diagnos:

Använder du eller har du använt mediciner på grund av ovanstående?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Om svaret är "Ja", ange vilka mediciner.

Vilken tidsperiod?

Ska ytterligare kontroll eller behandling ske?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Om svaret är "Ja", av vilket slag?

Är du symptomfri?	Ja <input type="checkbox"/>	Sedan när?	År:	Månad:
	Nej <input type="checkbox"/>	Vilka kvarstående men/besvär har du?		

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om att oriktiga och ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag är införstådd med att försäkringen träder i kraft endast om ansökan är fullständig och försäkringen kan beviljas av försäkringsgivaren. Hälsodeklarationen får inte vara äldre än 30 dagar. Jag är medveten om att försäkringsgivaren / försäkringsförmedlaren kan komma att arkivera ansökningshandlingar och inhämtade uppgifter

Medförsäkrads personnummer	
Datum	Medförsäkrads underskrift



Jenny, rektor, med maken Fredrik

Du kan teckna försäkringen direkt på webben!

Viktigt att veta

Vill du vid ett senare tillfälle höja dödsfallskapitalet behöver du fylla i en ny hälsodeklaration. Fullständiga villkor hittar du i Villkor Personförsäkringar som kan laddas ner från vår webbplats. Dessa villkor används vid all skadereglering.

Försäkringspremien aviseras tillsammans med medlemsavgiften till ditt förbund. Betalnings sättet är också detsamma som du har valt för medlemsavgiften.

Ångerrätt och uppsägning

Du har 30 dagars ångerrätt räknat från den dag du får hem försäkringsbeskedet. För att utnyttja ångerrätten kontaktar du oss på telefon 0771-21 09 09. Du kan när som helst säga upp en försäkring via telefon, brev eller e-post. Försäkringen avslutas då från den sista dagen i innevarande månad.

Om Lärarförsäkringar

Lärarförsäkringar är inget försäkringsbolag utan en försäkringsförmedlare. Vi ägs av Lärarförbundet och Lärarnas Riksförbund och upphandlar och tillhandahåller försäkringar för dig som är medlem. Dessutom erbjuder vi pensions- och sparanderåd-givning samt planering av pensionsuttag som en del av din medlemservice.

Lärarförsäkringar är registrerade hos Bolagsverket, står under Finansinspektionens tillsyn och förmedlar idag försäkringar upphandlade via Folksam, Trygg-Hansa och Sveland Djurförsäkringar. Vi tar hand om all administration kring försäkringarna förutom skade reglering och riskbedömning som sköts av försäkringsgivarna.

Vår verksamhet finansieras inte genom din medlemsavgift utan genom provision eller förmedlingsersättning från försäkringsbolagen för att vi tar hand om rådgivning, försäljning, administration och personlig service. Alla våra anställda har fast lön och ingen individuell provision eller bonus. Lärarförsäkringars verksamhet är inte vinstdrivande utan eventuell vinst används för att förbättra servicen och erbjudandena till dig och övriga medlemmar.

Mer information hittar du på lararforsakringar.se/om-oss.

Behandling av personuppgifter

Din personliga integritet är viktig för oss. Vi vill att du ska känna dig trygg med hur vi hanterar de personuppgifter som vi behöver för att kunna erbjuda och tillhandahålla försäkringar och pensionstjänster som en del av din medlemservice.

Personuppgifterna behandlas i huvudsak för att vi ska kunna fullgöra våra åtaganden enligt avtal mellan oss, förbunden och försäkringsgivarna. Vi kan även behöva hantera uppgifterna för att fullgöra en rättslig förpliktelse, för att fastställa, göra gällande eller försvara ett rättsligt anspråk eller när vi har ett berättigat intresse av, eller samtycke för, att hantera dina uppgifter.

Vi behandlar till exempel uppgifter som namn, personnummer, adress, hälsoinformation, medförsäkrad och annan relevant information. De grundläggande personuppgifterna har vi fått från ditt fackförbund för att kunna tillhandahålla de försäkringar

och tjänster som du har tillgång till som medlem. Utöver det samlar vi i vissa fall in kompletterande uppgifter som behövs för att teckna en specifik försäkring.

Dina personuppgifter sparas så länge vi behöver dem för det ändamål som de samlats in för. Därefter raderar vi uppgifterna.

Vi lämnar personuppgifter till de försäkringsgivare som vi samarbetar med, idag Folksam, Trygg-Hansa och Sveland Djurförsäkring, för att de bland annat ska kunna hjälpa oss att reglera skador och göra riskbedömningar.

För att kunna fullfölja vårt uppdrag så kan vi också behöva överföra dina personuppgifter till bolag som vi samarbetar med för IT, telefoni, e-postkommunikation, posttala utskick och kundundersökningar. Vi har då avtal som reglerar bolagets ansvar för behandlingen av personuppgifterna.

Om vi har en leverantör eller affärspartner i ett land utanför EU/EES kan dina personuppgifter överföras till ett land som inte har motsvarande skydds nivå för personuppgifter. Vi vidtar då lämpliga åtgärder för att skydda dina personuppgifter, till exempel genom avtal med mottagaren för att säkerställa en korrekt behandling av dina personuppgifter.

Du har rätt att få veta vilka personuppgifter som vi behandlar, hur de används och att få ett registerutdrag med dessa uppgifter. Du har också rätt att få dina personuppgifter raderade eller rättade om de är felaktiga. Du kan även begära att hanteringen begränsas eller invända mot hanteringen av uppgifterna, samt begära att få de uppgifter du själv har lämnat till oss överförda i elektronisk form.

Om du har frågor eller synpunkter kring behandlingen av dina personuppgifter kan du vända dig till vår kundservice på 0771-21 09 09. Du kan också vända dig till Lärarförsäkringars dataskyddsombud på dataskyddsombud@lararforsakringar.se. Om du har klagomål kring behandlingen av dina personuppgifter kan du även vända dig till Datainspektionen.

Läs mer om Lärarförsäkringars hantering av dina personuppgifter och dina rättigheter på lararforsakringar.se/gdpr.

Mina sidor

Logga in på lararforsakringar.se för att se vilka försäkringar du har och hur de gäller.

Har du frågor, kontakta oss!

Lärarförsäkringar
Box 5097, 102 42 Stockholm
0771-21 09 09
www.lararforsakringar.se



lärarförsäkringar™ Vi startade 1998 och ägs av Lärarförbundet och Lärarnas Riksförbund. Verksamheten är en del av din medlemservice och bedrivs utan vinstintresse. Vi är inte ett försäkringsbolag utan upphandlar och förmedlar de bästa produkterna som finns på marknaden. Idag förmedlas försäkringar från både Folksam, Trygg-Hansa och Förenade Liv hos Lärarförsäkringar. Vår verksamhet finansieras inte genom din medlemsavgift utan genom en förmedlingsersättning från försäkringsgivarna för att vi tar hand om administration och service kring försäkringarna.