

Försäkrad

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och Ort	Epost
För att få ansöka måste du vara bosatt och folkbokförd i Sverige eller förvärvsarbeta i Sverige men ha din fasta bosättning i annat skandinaviskt land. Stämmer något av alternativen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Företagsuppgifter

Företagsnamn	Orgnr.
Adress	Postnummer och Ort
Epost	Telefon

Betalning via autogiro

Premiebetalning ska enligt anmälan ske via autogiro från angivet bankkonto. Betalningen får belasta kontot tidigast bankdagen före förfallodagen. Redovisning av uttagen lämnas genom kontoutdrag från banken till kontohavaren. Medgivandet gäller också om jag får ett annat kontonummer eller byter bank. Jag är medveten om att betalningar i regel inte blir utförda om det inte senast bankdagen före betalningens förfallodag finns tillräckligt med pengar på kontot. Om betalning ändå görs har banken rätt att ta ut ränta och avgifter för den skuld som därigenom uppstår. Före första betalningen får försäkringstagaren meddelande om när och med vilka belopp kommande överföringar görs. Motsvarande meddelande lämnas om belopp eller förfallodag ska ändras. Om jag inte medger ett enstaka uttag ska jag informera SH Pension senast två dagar före förfallodagen. Medgivandet gäller tills vidare. Det upphör senast fem dagar efter att jag skriftligen återkallat det hos SH Pension. För betalningsöverföring fordras att banken godkänner att kontot kan användas för autogiro. Banken eller betalningsmottagaren får under vissa förutsättningar avbryta kontots anslutning till autogiro. Jag medger också att bankgirocentralen BGC AB har rätt att ta del av mina adressuppgifter i banken. I övrigt gäller de fullständiga villkoren för autogiro.

Betalningen önskas månadsvis via autogiro från bankkonto. Jag har tagit del av bestämmelserna för betalning via autogiro enligt villkoren ovan och bekräftar detta genom namn/firmateckning.

Cleringnummer	Kontonummer
Bankens namn	Ort och datum
Betalarens underskrift	

Betalningssätt om ej autogiro

Betalning önskas via inbetalningskort per:

- Kvartal
- Halvår
- Helår

Underskrift

Försäkringens omfattning framgår av förköpsinformationen som överlämnas av vår försäkringsrådgivare, hämtas på vår hemsida eller beställs på telefon. De uppgifter som lämnas i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Sökanden är medveten om de förutsättningar som gäller för försäkringens tecknande och dess giltighet. Dag då SH Pension mottagit anmälan räknas som inträdesdag i gruppförsäkringen om inte den sökande anger önskemål om senare inträdesdag. Detta gäller dock under förutsättning att ansökan är komplett och godkänd. Jag är medveten om att de vid försäkringens tecknande befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall samt förvärrande av sådana inte omfattas av försäkringen. Jag bekräftar även att jag tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av mina personuppgifter.

Behandling av personuppgifter

SH Pension kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrad, medförsäkrad, premiebetalare och förmånstagare såsom t ex allmänna namn och adressuppgifter, personnummer och hälsotillstånd. Uppgifterna används för att kunna fullgöra avtalet, ge en god service, marknads- och kundanalys samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på verksamheten. Uppgifterna kan komma att uppdateras genom externa register, t ex SPAR. I övrigt behandlas personuppgifter av SHP enligt reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR) och svensk dataskyddslagstiftning. Personuppgiftsansvarig är försäkringsgivaren. Du har rätt att få ut information om vilka personuppgifter försäkringsgivarna har om dig. Du har också rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter.

Ort och datum

Underskrift försäkrad

Underskrift medförsäkrad
