

Anmälan till ACE Cancerförsäkring

1.

Ja tack! Jag vill teckna ACE Cancerförsäkring. Försäkringspremien betalar jag via autogiro eller via faktura. Försäkringen börjar gälla så fort min ansökan blir godkänd.

Namn	<input type="text"/>	Personnr	<input type="text"/>
Adress	<input type="text"/>		
Postnr	Ort	Mobilnr	<input type="text"/>
E-post <input type="text"/>			

2.

Jag väljer att betala via:

Autogiro (ingen extra avgift. Fyll i kontonummer nedan)

Mån År

Pengarna dras från mitt konto

Clearingnummer Kontonummer

Faktura (Faktureringsavgift med f.n. 15 kr per faktura tillkommer. Se villkor 10.3.)

3.

Förenklad hälsodeklaration

	Försäkringstagare	Medsökande maka/make/sambo
1. Har du diagnostiserats med någon form av cancer (inklusive leukemi eller Hodgkins sjukdom eller förstadier till cancer)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Med din vetskap idag, har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon (helsyskon) fått cancer före 60 års ålder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Är du för närvarande under utredning för cellförändringar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Är du för närvarande under behandling eller har du behandlats för cellförändringar de tre senaste åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
5. Har du några aktuella symptom på cellförändringar? (såsom knölar, knutor, födelsemärken/fräknar som blöder eller har ändrat färg eller ökat i storlek)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
6. Medverkar du i någon medicinsk screening eller övervakningsprogram på grund av att du anses löpa en ökad risk för cancer (bortsett från allmänna övervakningsprogram bokade av landstinget)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7. Har du rökt någon form av tobak det senaste året (d.v.s. inte ens en cigarett)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Medförsäkra maka/make/sambo och få 10 % rabatt

4.

Jag väljer ersättningsnivå:

Försäkringstagare 150.000 kr 250.000 kr

Medsökande maka/make/sambo 150.000 kr 250.000 kr

5.

Härmed bekräftar jag med min namnteckning att premien dras från ovan angivet konto sista bankdagen varje månad samt att jag har tagit del av bestämmelserna för Autogiro på baksidan.

Jag bekräftar också att informationen jag lämnat ovan är riktig. Jag är medveten om att försäkringen kan vara ogiltig om jag har lämnat felaktiga uppgifter.

Underskrift

Namnförtydning

Ort

Namn medsökande maka/make/sambo

Personnr

Underskrift medsökande maka/make/sambo

Namnförtydning medsökande

Ort

ACE

Genom att underteckna denna hälsodeklaration samtycker jag till att de av mig ovan lämnade personuppgifterna får registreras och behandlas av ACE European Group UK Limited filial Sverige. Personuppgifterna kommer att behandlas av ACE European Group vid riskbedömning, skadereglering och administration av denna försäkringsansökan och eventuella framtida försäkringsansökningar. Vissa av uppgifterna kan komma att användas för förmedling av information och marknadsföring.



ace europe