

Nyteckning Ändring /tillägg Avtalsnummer: 593**» Försäkringstagare (om annan än försäkrad)**

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Namn/Företagsnamn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |

» Personuppgifter försäkrad

| | |
|------------------|--------------------|
| Namn | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |
| Telefon | E-post |

» Personuppgifter medförsäkrad (maka/make, registrerad partner eller sambo)

| | |
|---------|--------------|
| Namn | Personnummer |
| Telefon | E-post |

» Medförsäkrade barn

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Namn och personnummer | Namn och personnummer |
| Namn och personnummer | Namn och personnummer |

» Premiebetalare (om annan än försäkringstagare)

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Namn/Företagsnamn | Personnummer/Organisationsnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |

» Betalning

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Månad (endast autogiro) | <input type="checkbox"/> Kvartalsavi | <input type="checkbox"/> Halvårsavi | <input type="checkbox"/> Helårsavi |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

» Underskrift av försäkringstagare, om annan än försäkrad

De uppgifter som lämnats i denna ansökan/hälsodeklaration ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är införstådd med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd med mera, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| Personnummer | Namnförtydligande |

» Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

| | | |
|------------------------------|---------------------|---------|
| Förmedlingskontor | Organisationsnummer | Telefon |
| Försäkringsförmedlarens namn | Förmedlarkod | |
| Ansvarig assistent | E-post | |

Försäkringsgivare: National General Insurance Luxembourg S.A. & National General Life Insurance Europe S.A.

Försäkringsinformation

Försäkringsalternativ

De försäkringsprodukter som kan sökas framgår under "Försäkringsalternativ" på nedan. Försäkringsbeloppet är maximerat till totalt 50 Pbb för kombinationen *Livförsäkring med barnskydd* och *Livförsäkring med förtidskapital och barnskydd* samt för kombinationen *Olycksfallsförsäkring* och *Sjuk- och olycksfallsförsäkring*.

Om gruppförsäkring

Gruppförsäkring kan tecknas av den som fyllt 16 år fram till 65-årsdagen (*Livförsäkring med förtidskapital* och *Fristående förtidskapital* - fram till 57-årsdagen), bosatt och folkbokförd i Sverige samt berättigad till ersättning från svensk försäkringskassa. Slutålder är utgången av den månad den försäkrade fyller 67 år, förutom för förtidskapital där den är 60 år. Grupp-försäkring kan även tecknas för nordiska medborgare, se

förköpsinformation/villkor för särskilda regler.

Medförsäkrade barn

Arvsberättigade barn kan medförsäkras i Barn- och ungdoms-försäkring samt i PrivatAccess Silver. De försäkringarna kan tecknas till 20-årsdagen med slutålder 25 år. Du behöver endast uppge namn och personnummer för att medförsäkra barn.

Prisbasbelopp

Prisbasbelopp (Pbb) fastställs årligen av regeringen. Det speglar den allmänna prisutvecklingen.

Premier

Beträffande premier, hänvisas till separat premieblad.

Försäkringsalternativ

För alternativ markerat med:

- H** besvara hela *Hälsodeklarationen* på sidan fyra,
- I** besvara endast fråga ett på sidan fyra, *Intygande om full arbetsförhet*,
- F** fyll i *Fullmakt för inhämtande av medicinsk information* på sidan sex,
- S** bifoga en besvarad *Särskild Hälsodeklaration* som du får från din förmedlare och en kopia på senaste årsbokslut.

Anslutning önskas för:
Grupp- Med-
medlem försäkrad

| | | | |
|--|--------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Livförsäkring med barnskydd H F Vid dödsfall utbetalas ett engångsbelopp, dödsfallskapital, enligt det Generella förmånstagarförordnandet om inte annat meddelats. Barnskydd utbetalar 1 Pbb om barnet | 10 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 15 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Livförsäkring med förtidskapital och barnskydd H F Vid dödsfall utbetalas ett engångsbelopp, dödsfallskapital, enligt det Generella förmånstagarförordnandet om inte annat meddelats. Barnskydd utbetalar 1 Pbb om barnet avlider före 18 års ålder. Förtidskapital utbetalas vid minst 50 % arbetsförmåga. | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| | | | |
| 3. Fristående förtidskapital med option H Engångsbelopp vid minst 50 % arbetsförmåga i 30 av 36 mån före fyllda 60 år. Delutbetalning motsvarande 25 % av försäkringsbeloppet efter 18 mån. Avtrappning fr.o.m. 40 år. Kan tecknas till 57 år. Full arbetsförhet 3 mån i följd krävs vid teckningstillfället. Upphör vid 60 år. | 15 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| | | | |
| 4. Olycksfallsförsäkring I Försäkringen lämnar ersättning vid olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor. | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sjuk- och olycksfallsförsäkring H Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada. Invaliditetsbelopp avtrappas enligt villkor. | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 40 Pbb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sjukavbrottsförsäkring (avser endast Teaching Pro) S Gäller vid avbrott i försäkringstagarens rörelse, då försäkrad person blir minst 25 % arbetsförmögen under längre tid än 1 månad eller vid dödsfall. Ersättning i högst 3 perioder om 12 månader. Ange önskat antal prisbasbelopp, max 20 Pbb, baserat på <i>Summa försäkringsbelopp</i> på sidan fyra på den <i>Särskilda hälsodeklarationen</i> . | 5 Pbb | <input type="checkbox"/> | |
| | 10 Pbb | <input type="checkbox"/> | |
| | 15 Pbb | <input type="checkbox"/> | |
| | 20 Pbb | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |

Försäkringsalternativ fortsättning

| <p>7. Barn- och ungdomsförsäkring Försäkringen lämnar ersättning vid både sjukdom och olycksfallsskada.</p> | <table border="1"> <tr> <td>30 Pbb</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antal barn</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>50 Pbb</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antal barn</td> <td>_____</td> </tr> </table> | 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | Antal barn | _____ | 50 Pbb | <input type="checkbox"/> | Antal barn | _____ | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|---|---------|--------|--------------------------|---------------|-------|--------------------------|---------------|-------|--------------------------|---------------|-------|--------------------------|
| 30 Pbb | <input type="checkbox"/> | Antal barn | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| 50 Pbb | <input type="checkbox"/> | Antal barn | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. PrivatAccess Silver Sjukvårdsförsäkring ^I Försäkringen omfattar planerad sjukvård i Sverige. E-vård ingår. Försäkringen tecknas med självrisk, 500 kr/skada.</p> | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Anslut barn till PrivatAccess Silver</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anslut barn till PrivatAccess Silver | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anslut barn till PrivatAccess Silver | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9. Sjukförsäkring ^H Ersättning lämnas i längst 36 månader.</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Månadslön SEK</th> <th>Ersättning SEK/månad</th> <th><input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-14 999</td> <td>1 000</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15 000-24 999</td> <td>1 500</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>25 000-29 999</td> <td>2 500</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>30 000-34 999</td> <td>3 500</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Månadslön SEK | Ersättning SEK/månad | <input type="checkbox"/> | -14 999 | 1 000 | <input type="checkbox"/> | 15 000-24 999 | 1 500 | <input type="checkbox"/> | 25 000-29 999 | 2 500 | <input type="checkbox"/> | 30 000-34 999 | 3 500 | <input type="checkbox"/> |
| Månadslön SEK | Ersättning SEK/månad | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| -14 999 | 1 000 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 000-24 999 | 1 500 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 000-29 999 | 2 500 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 000-34 999 | 3 500 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Försäkrad/Gruppmedlem Medförsäkrad

» Personuppgifter

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Namn försäkrad/gruppmedlem | Namn medförsäkrad |
| Personnummer försäkrad/gruppmedlem | Personnummer medförsäkrad |
| Telefon försäkrad/gruppmedlem | Telefon medförsäkrad |
| E-post försäkrad/gruppmedlem | E-post medförsäkrad |

» Hälsfrågor

Hälsodeklarationen ligger till grund för försäkringsavtalet och ska fyllas i personligen av den som söker försäkringen. Nedan följer åtta frågor som du ska besvara om ej annat anges vid respektive fråga. Du som inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter är fullt arbetsför.

» Fullt arbetsför

| Gruppmedlem | Medförsäkrad |
|--|---|
| 1. Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna. | Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Med fullt arbetsför menas att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna. |
| 2. Avser Liv med Förtidskapital eller Förtidskapital – Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Avser Liv med Förtidskapital eller Förtidskapital – Har du varit fullt arbetsför de senaste tre månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Allmänt

| | |
|---|--|
| 3. Ange längd _____ cm och vikt _____ kg | Ange längd _____ cm och vikt _____ kg |
| 4. Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Sjukdom, symptom eller skada senaste tre åren

| | |
|--|--|
| 5. Har du syn- och/eller hörsselfel? Vid när-/översynthet, <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ange dioptritalet. Dioptrital _____ Om Ja , ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra. | Har du syn- och/eller hörsselfel? Vid när-/översynthet, <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej ange dioptritalet. Dioptrital _____ Om Ja , ange vad – ange även i förekommande fall höger respektive vänster öga och/eller öra. |
| 6a. Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.) Om du svarat Nej på fråga sex, gå vidare till fråga sju. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Har du under de tre senaste åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare? (t.ex. sjuksköterska, psykolog, kiropraktor, sjukgymnast eller naprapat etc.) Om du svarat Nej på fråga sex, gå vidare till fråga sju. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 6b. Om Ja , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos? | Om ja , vad heter sjukdomen/besvären? Diagnos? |
| 6c. Beskriv besvären/symptomen med egna ord. | Beskriv besvären/symptomen med egna ord. |
| 6d. När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad. | När debuterade sjukdomen, besvären eller symptomen? År/månad. |
| 6e. Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad. | Vilken behandling/undersökning har du fått och under vilken period? År/månad. |

| | | |
|-----|--|--|
| 6f. | När behandlades du senast för den aktuella åkomman? År/månad. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när blev du symptomfri? År/mån Om Nej , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du? | När behandlades du senast för den aktuella åkomman? År/månad. Är du symptomfri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , när blev du symptomfri? År/mån Om Nej , vilka kvarstående men/besvär/symptom har du? |
| 6g | Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress. | Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress. |
| 7. | Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom/skada. Fr.o.m t.o.m Diagnos Fr.o.m t.o.m Diagnos _____ | Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , ange nedan så noggrant som möjligt vilka tider du har varit sjukskriven eller uppburit, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande samt ange vilken sjukdom/skada. Fr.o.m t.o.m Diagnos Fr.o.m t.o.m Diagnos _____ |
| 8. | Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin? Om Ja , ange nedan vilken/vilka mediciner samt receptskrivande vårdgivare/läkare. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Använder du någon receptbelagd/icke receptbelagd medicin? Om Ja , ange nedan vilken/vilka mediciner samt receptskrivande vårdgivare/läkare. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

» Sjukdom, symptom eller skada utöver ovanstående

| | | |
|----|--|--|
| 9. | Har du någon gång haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , ange vad. | Har du någon gång haft, eller finns misstanke om, något fel på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, HIV, skada eller annat kroppsfel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja , ange vad. |
|----|--|--|

» Information om behandling av personuppgifter

Euro Accident kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare och förmånstagare. Uppgifterna används för att Euro Accident ska kunna fullgöra sin del av avtalet, ge erforderlig service, marknadsföring samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på Euro Accidents verksamhet. Uppgifterna är bara avsedda att användas inom Euro Accident eller de företag som Euro Accident samarbetar med för fullgörande av avtalet. Som fysisk person kan du kostnadsfritt begära att en gång per år, genom skriftlig ansökan, få besked om de registrerade uppgifterna avseende dig. Du kan också begära att Euro Accident rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Personuppgifts-ansvarig är Euro Accident Health & Care Insurance AB, Bäckgatan 16, 352 31 Växjö.

Jag vill inte få information från Euro Accident eller dess samarbetspartners rörande andra produkter.

» Underskrift

Uppgifterna i denna hälsodeklaration ligger till grund för försäkringsavtalet och dess fullgörande. Enligt gällande teckningsregler intygar jag att jag är bosatt och folkbokförd i Sverige och tillhör svensk försäkringskassa (tecknar jag som nordisk medborgare intygar jag att jag har tagit del av de särskilda teckningsregler som framgår av förköpsinformation/villkor). Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig och eventuell rätt till försäkringsersättning kan bortfalla. Jag medger att försäkringsgivaren eller de företag Euro Accident anlitat för riskbedömning och skadereglering, behandlar de personuppgifter som är nödvändiga för reglering av skada, administration samt fullgörande av försäkringsavtalet.

| | |
|---|---|
| Ort och datum | Ort och datum |
| Underskrift och personnummer försäkrad/gruppledmedlem | Underskrift och personnummer medförsäkrad |
| Namnförtydligande försäkrad/gruppledmedlem | Namnförtydligande medförsäkrad |

Fullmakt Inhämtande av medicinsk information

Denna fullmakt behöver endast fyllas i i samband med ansökan om Livförsäkring.

» Information om fullmakt

För att Euro Accident ska kunna bedöma och reglera ett eventuellt försäkringsfall behöver vi ibland mer information om vad som har orsakat skadan. För att vi ska kunna inhämta sådan information behöver vi ditt samtycke. Denna fullmakt gäller för skadereglering i händelse av dödsfall. Fullmakten ska undertecknas vid tecknande av livförsäkring och sändas in tillsammans med försäkringsansökan. Om fullmakten inte undertecknas kan Euro Accident inte bevilja din ansökan om livförsäkring.

» Underskrift

Genom undertecknande av denna fullmakt lämnar jag mitt samtycke till att, i händelse av dödsfall, läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna Euro Accident, eller de företag Euro Accident eventuellt anlitar för skadereglering, de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som Euro Accident, försäkringsgivaren eller de företag som Euro Accident anlitar för skadereglering, behöver för att reglera det aktuella skadeärendet.

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| Personnummer | Namnförtydligande |

Försäkringsgivare: National General Insurance Luxembourg S.A. & National General Life Insurance Europe S.A.

Medgivande Betaling via Autogiro

» Personuppgifter

| | |
|---|----------------------------------|
| Namn på försäkrad | Personnummer |
| Premiebetalare (om annan än den försäkrade) | Personnummer/Organisationsnummer |
| Clearingnummer* | Kontonummer** |
| Bankens namn | |

* Clearingnumret är det fyrsiffriga nummer som tilldelas varje bankkontor, se kontoutdraget. Swedbank har ibland fem siffror, ex 8327-9xxxxxx. Utelämnas då femte siffran, i detta fall 9. Har du personkonto i Nordea, använd 3300 som clearingnummer.

** Vid tveksamhet om kontonumret, var god kontakta din bank.

» Betalningsintervall

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helår | <input type="checkbox"/> Halvår | <input type="checkbox"/> Kvartal | <input type="checkbox"/> Månad |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

» Medgivande till betalning via autogiro

Med betalningsmottagare i texten nedan avses Euro Accident Health & Care Insurance AB.

Undertecknad ("betalaren"), medger att betalning får göras genom uttag från angivet konto eller av betalaren senare angivet konto, på begäran av angiven betalningsmottagare för betalning till denne på viss dag ("förfallodagen") via Autogiro.

Betalaren samtycker till att behandling av personuppgifter som lämnats i detta medgivande behandlas av betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren, betalningsmottagarens betaltjänstleverantör och Bankgirocentralen BGC AB för administration av tjänsten.

Personuppgiftsansvariga för denna personuppgiftsbehandling är betalarens betaltjänstleverantör, betalningsmottagaren samt betalningsmottagarens betaltjänstleverantör. Betalaren kan när som helst begära att få tillgång till eller rättelse av personuppgifterna genom att kontakta betalarens betaltjänstleverantör. Ytterligare information om behandling av personuppgifter i samband med betalningar kan finnas i villkoren för kontot och i avtalet med betalningsmottagaren.

Betalaren kan när som helst återkalla sitt samtycke, vilket medför att tjänsten i sin helhet avslutas.

» Betalarens underskrift

Jag har tagit del av och godkänner ovanstående och villkoren (se nästa sida) för autogirobetalning

| | |
|---------------|---------------|
| Ort och datum | Namn-teckning |
|---------------|---------------|

Villkor för betalning via Autogiro

Beskrivning

Autogiro är en betaltjänst som innebär att betalningar utförs från betalarens konto på initiativ av betalningsmottagaren. För att betalaren ska kunna betala via Autogiro, ska betalaren lämna sitt medgivande till betalningsmottagaren om att denne får initiera betalningar från betalarens konto. Dessutom ska betalarens betaltjänstleverantör (t ex bank eller betalningsinstitut) godkänna att kontot kan användas för Autogiro och betalningsmottagaren ska godkänna betalaren som användare av Autogiro.

Betalarens betaltjänstleverantör är inte skyldig att pröva behörigheten av eller meddela betalaren i förväg om begärda uttag. Uttag belastas betalarens konto enligt de regler som gäller hos betalarens betaltjänstleverantör. Meddelande om uttag får betalaren från sin betaltjänstleverantör. Medgivandet kan på betalarens begäran överflyttas till annat konto hos betaltjänstleverantören eller till konto hos annan betaltjänstleverantör.

Definition av bankdag

Med bankdag avses alla dagar utom lördag, söndag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton eller annan allmän helgdag.

Information om betalning

Betalaren kommer av betalningsmottagaren att meddelas belopp, förfallodag och betalningssätt senast åtta bankdagar före förfallodagen. Detta kan meddelas inför varje enskild förfallodag eller vid ett tillfälle avseende flera framtida förfallodagar. Om meddelandet avser flera framtida förfallodagar ska meddelandet lämnas senast åtta bankdagar före den första förfallodagen.

Detta gäller dock inte fall då betalaren godkänt uttaget i samband med köp eller beställning av vara eller tjänst. I sådant fall får betalaren meddelande av betalningsmottagaren om belopp, förfallodag och betalningssätt i samband med köpet och/eller beställningen. Genom undertecknandet av detta medgivande lämnar betalaren sitt samtycke till att betalningar som omfattas av betalningsmottagarens meddelande enligt denna punkt genomförs.

Täckning måste finnas på kontot

Betalaren ska se till att täckning finns på kontot senast kl 00.01 på förfallodagen. Har betalaren inte täckning på kontot

på förfallodagen kan det innebära att betalningar inte blir utförda. Om täckning saknas för betalning på förfallodagen får betalningsmottagaren göra ytterligare uttagsförsök under de kommande bankdagarna. Betalaren kan på begäran få information från betalningsmottagaren om antalet uttagsförsök.

Stoppa betalning (återkallelse av betalningsorder)

Betalaren får stoppa en betalning genom att kontakta antingen betalningsmottagaren senast två bankdagar före förfallodagen eller sin betaltjänstleverantör senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören. Om betalaren stoppar en betalning enligt ovan innebär det att den aktuella betalningen stoppas vid ett enskilt tillfälle. Om betalaren vill att samtliga framtida betalningar som initieras av betalningsmottagaren ska stoppas måste betalaren återkalla medgivandet.

Medgivandets giltighetstid, återkallelse

Medgivandet gäller tills vidare. Betalaren har rätt att när som helst återkalla medgivandet genom att kontakta betalningsmottagaren eller sin betaltjänstleverantör. Meddelandet om återkallelse av medgivandet ska för att stoppa ännu inte genomförda betalningar vara betalningsmottagaren tillhanda senast fem bankdagar före förfallodagen alternativt vara betalarens betaltjänstleverantör tillhanda senast bankdagen före förfallodagen vid den tidpunkt som anges av betaltjänstleverantören.

Rätten för betalningsmottagaren och betalarens betaltjänstleverantör att avsluta anslutningen till Autogiro

Betalningsmottagaren har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro trettio dagar efter det att betalningsmottagaren underrättat betalaren härom. Betalningsmottagaren har dock rätt att omedelbart avsluta betalarens anslutning till Autogiro om betalaren vid upprepade tillfällen inte har haft tillräcklig kontobehållning på förfallodagen eller om det konto som medgivandet avser avslutas eller om betalningsmottagaren bedömer att betalaren av annan anledning inte bör delta i Autogiro. Betalarens betaltjänstleverantör har rätt att avsluta betalarens anslutning till Autogiro i enlighet med de villkor som gäller mellan betalarens betaltjänstleverantör och betalaren.