

Ifylld ansökan sänds med post till:

Försäkring Direkt
c/o Försäkringsutveckling
Box 38044
100 64 Stockholm

Uppgifter om Företaget

Företagets namn	Organisationsnr
Utdelningsadress	Medlemsnr
Postnr och ort	Telefonnr (dagtid)
Epostadress	Telefax (inkl riktnr)

Uppgifter om den försäkrade individen

<input type="checkbox"/> Medlem	<input type="checkbox"/> Nyckelperson	
För- och efternamn	Personnr	
Utdelningsadress	Mobilnr	
Postnr och ort	Telefon hem (inkl riktnr)	
Epostadress		

Du väljer själv ersättningsnivå och ersättningstid enligt nedan.

Ersättningen kan aldrig överstiga den faktiska intäktsförlust som företaget drabbas av om den försäkrade blir arbetsförmögen.

Ersättningsnivå per månad

<input type="checkbox"/> 15 000 kr	<input type="checkbox"/> 20 000 kr
------------------------------------	------------------------------------

Ersättningstid

<input type="checkbox"/> 6 månader	<input type="checkbox"/> 12 månader
------------------------------------	-------------------------------------

Premie

	6 månader	12 månader
15 000 kr	332 kr/mån	388 kr/mån
20 000 kr	442 kr/mån	517 kr mån

Försäkringen börjar gälla från den dag ansökan har godkänts och premien är betald.

Hälsodeklaration på baksidan

Hälsodeklaration

Jag intygar och försäkrar härmed att jag uppfyller nedanstående krav. (Varje fråga ska besvaras.)

- Folkbokförd i Sverige
- Kan nytecknas mellan 18 – 64 år
- Arbetstid minst 22 timmar i veckan
- Är fullt arbetsför
- Är inskriven i svensk försäkringskassa

Varje fråga ska besvaras. Om utrymmet för svar inte räcker till, var god fortsatt på separat papper.

		Försäkringstagare
1	Är du fullt arbetsför? (D v s kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och inte uppbär sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller minst halv arbetsskadelivränta. Har du någon vilande ersättning, lönebidragsanställning eller av hälsoskäl fått ett anpassat arbete, anses du inte vara fullt arbetsför).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2	Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare (t ex sjuksköterska, sjukgymnast, naprapat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om svaret är ja, ange tidpunkt och anledning till undersökningen, vården, behandlingen eller kontrollen.	
	Ange vårdgivarens/vårdinrättningens fullständiga namn och adress.	
3	Använder du någon receptbelagd medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om svaret är ja, ange vilka mediciner och av vilken sjukdomsorsak, samt namn och adress till den läkare som ordinerat dessa.	
4	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 svaret är ja, ange vilken sjukdom/skada/ handikapp det gällde och vilka tider du har varit sjuk-skriven eller uppburit sjukbidrag/tidsbegränsad sjuk-ersättning, förtidspension/sjukersättning, aktivitetsersättning eller liknande (from - tom).	
5	Ange din längd och vikt.	_____cm _____kg
6	Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift

Ovannämnda uppgifter ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna samt fyllt i hälsouppgifterna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig.

Ort och datum	Organisationsnummer
Namnunderskrift arbetsgivare	Namnunderskrift gruppledare (om annan än arbetsgivare)
Namnförtydligande arbetsgivare	Namnförtydligande gruppledare