

Ansökan

Skattebetalarnas Intäktsförsäkring

Inkl hälsodeklaration

Försäkringen kan tecknas av medlemmar i Skattebetalarna, samt delägare och nyckelpersoner i medlemsföretag.

Ifylld originalblankett sänds med post till:

Skattebetalarna försäkring c/o FUAB
Box 38044
100 64 STOCKHOLM

Uppgifter om Företaget	
Företagets namn	Organisationsnr
Utdelningsadress	
Postnr och ort	Telefonnr (dagtid)
Epostadress	Telefax (inkl riktnr)
Uppgifter om den försäkrade individen	
För- och efternamn	Personnr
Utdelningsadress	Mobilnr
Postnr och ort	Telefon hem (inkl riktnr)
Epostadress	

Du väljer själv ersättningsnivå och ersättningstid enligt nedan.

Ersättningsnivå per månad		Ersättningstid	
<input type="checkbox"/> 15 000 kr	<input type="checkbox"/> 20 000 kr	<input type="checkbox"/> 6 månader	<input type="checkbox"/> 12 månader

Premie per månad	6 månader	12 månader
15 000 kr	332 kr	388 kr
20 000 kr	442 kr	517 kr

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

Jag intygar att jag är 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)

Underskrift Ovannämnda uppgifter ska ligga till grund för försäkringsavtalet.	
Ort och datum	Organisationsnummer
Namnunderskrift arbetsgivare	Namnunderskrift medlem (om annan än arbetsgivare)
Namnförtydligande arbetsgivare	Namnförtydligande medlem

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 fortsätt på separat papper.

		Gruppmedlem	
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 sjukskriven eller uppburit sjukbidrag/ tidsbegränsad sjukersättning, 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 medlem (om annan än arbetsgivare)
Namnförtydligande arbetsgivare	Namnförtydligande medlem

Försäkringsgivare är:
Protector Försäkring Sverige