

Privatvårdsförsäkring.

Försäkringen kan tecknas av medlemmar i Skattebetalarna, samt delägare och anställda i medlemsföretag. Make/ maka/sambo/registrerad partner kan medförsäkras.

Personen som tecknar försäkringen måste vara bosatt och folkbokförd i Sverige eller ha sin huvudsakliga sysselsättning i Sverige men har sin fasta bosättning i annat nordiskt land.

Premien för Privatvårdsförsäkringen är per person och månad:

18-39 år: 595 kr // 40-54 år: 651 kr // 55-64 år: 850 kr.

Premien för Barnsjukvårdsförsäkring är per barn och månad: 2-15 år 289 kr // 16-25 år 356 kr.

I fylld originalblankett sänds till:  
Skattebetalarnas försäkringsservice  
Box 38044 100 64 STOCKHOLM

## GRUPPMEDLEM

För-och efternamn		Medlemsnummer	Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort	
Telefon arbete	E-post		

## MEDFÖRSÄKRAD (make/maka, sambo, registrerad partner)

Medförsäkrads namn	Personnummer
--------------------	--------------

## BARNSJUKVÅRDSFÖRSÄKRING (gäller längst t.o.m. det kalenderår barnet fyller 25 år)

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

## FÖRETAG

Företagets namn	Medlemsnummer	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Telefon	E-post	

Försäkringen gäller inte för de sjukdomstillstånd/olycksfall som du redan har när du tecknar försäkringen. Försäkringen gäller inte heller om redan befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall förvärras. För att få försäkring måste du vara fullt arbetsför. Fullt arbetsför är du om du kan fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar, inte uppbär eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/eller inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning. Du får heller inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna

ÄR DU FULLT ARBETFÖR? (se förklaring ovan)

GRUPPMEDLEM

Ja  Nej

MEDFÖRSÄKRAD

Ja  Nej

## UNDERSKRIFT

Jag intygar att ovanstående lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som lämnas ska ligga till grund för försäkringsavtalet och jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig, helt eller delvis. Jag är medveten att de vid försäkringens tecknande befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall samt förvärrande av sådana sjukdomstillstånd/olycksfall inte omfattas av försäkringen.

ORT OCH DATUM	NAMNUNDERSKRIFT GRUPPMEDLEM	NAMNUNDERSKRIFT MEDFÖRSÄKRAD
---------------	-----------------------------	------------------------------

## KONTAKT

Skattebetalarnas försäkringsservice

Box 38044, 100 64 Stockholm

skattebetalarna@fuab.com

Telefon 08 - 520 056 79