

Livförsäkring 6 pbb & olycksfallsförsäkring 30 pbb.

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 bostättning i annat nordiskt land.

Premien är per person och månad: 18-39 år: 665 kr // 40-54 år: 756 kr // 55-64 år: 966 kr.

Premien för barnsjuk- och olycksfallsförsäkringen är 122 kr per månad oavsett antal barn.

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

Ifylld originalblankett sänds till:
Skattebetalarnas försäkringsservice
Box 38044, 100 64 STOCKHOLM

FÖRSÄKRAD

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

MEDFÖRSÄKRAD (make/maka, sambo, registrerad partner)

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

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

Namn	Personnummer	Sjuk - & olycksfall	Sjukvård
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer	Sjuk - & olycksfall	Sjukvård
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namn	Personnummer	Sjuk - & olycksfall	Sjukvård
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

KONTAKT

Skattebetalarnas försäkringsservice

Box 38044, 100 64 Stockholm

skattebetalarna@fuab.com

Telefon 08- 520 056 79

Hälsodeklaration på baksidan 

Hälsodeklaration

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

Frågor om hälsotillståndet

GRUPPMEDLEM

MEDFÖRSÄKRAD

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 arbetskadiväranta. 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	<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	<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	<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	<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 (fr o m - t o m).		

5. Ange din längd och vikt.		
-----------------------------	--	--

6. Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--------------	--	--

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 FÖRSÄKRAD	NAMNUNDERSKRIFT MEDFÖRSÄKRAD
---------------	---------------------------	------------------------------