

# Ansökan Sjukavbrott

Nyteckning

Ändring/tillägg

## Försäkrad

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon (dagtid)	E-post

## Företagsuppgifter

Företagsnamn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

## Premiebetalare (ifylles om annan än ovan angivna företag)

Namn/Företagsnamn	Personnummer/Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

## Uppgifter om verksamheten, vänligen ange kostnader per år

Företagets startdatum	Antal anställda	Omsättning
Fasta kostnader för bokföring/revision	Fasta medlemsavgifter *	Premier för företagsförsäkringar
Kontrakterad hyreskostnad i leasingavtal	Skatt och försäkringspremier för transportmedel i rörelsen	Fasta el- och telekostnader
Lönekostnader avseende anställda **	Räntekostnader i rörelsen	Lokalhyror och övriga fasta lokalkostnader

\* till bransch- och arbetsgivarorganisationer.

\*\* avser avtalade löner och lönekostnader till fast anställda (notera att lön och sociala avgifter för försäkrad inte är en ersättningsbar kostnad).

Sjukavbrottsförsäkring tecknas i kombination med Sjukvårdsförsäkring.

Vid teckningstillfället krävs full arbetsförhet 3 månader i följd. Fullständig hälsodeklaration ska även fyllas i (sid 2-5).  
För uträkning av försäkringsbelopp, ange summan från tabellen ovan.

Sjukvårdsförsäkring finns gällande i försäkringsbolag:

Försäkringsnummer:

Försäkringsbelopp (summa fasta kostnader) anges i SEK:

## OBS! Bifoga ansökan (ansökan kan ej behandlas utan bifogat underlag)

Bifoga kopia på senaste årsbokslutet

Bilaga

Vid nystartad rörelse, bifoga budgetunderlag

Bilaga

## Vänligen intyga att ovan lämnade företagsuppgifter är korrekta

Ort och datum

Underskrift

## Underskrift av premiebetalare om annan än försäkrad

Ort och datum

Underskrift