

- Sjukvård Grund med 500 kr självrisk
 Sjukvård Stor med 500 kr självrisk
 REHAB

Ankomstdatum

Nuvarande försäkringsgivare:

(Se information om över taganderegler på baksidan)

Var noga med att skriva inom fälten, eftersom blanketten skannas in.

Företag/organisation

(avtalspart)

Organisationsnummer	
<input type="text"/>	
Företags/organisationens namn	
<input type="text"/>	
Utdelningsadress	
<input type="text"/>	
Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avtalsnummer

<input type="text" value="19000"/>

Företags/organisationens kontaktperson

(försäkringsadministration/betalning)

Namn	
<input type="text"/>	
Telefonnummer, även riktnr	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	
E-post	
<input type="text"/>	
Fyll i nedanstående uppgifter om kontaktpersonen arbetar på annat företag, t ex dotterbolag, än det som är angivet till vänster	
Organisationsnummer	
<input type="text"/>	
Företags/organisationens namn	
<input type="text"/>	
Utdelningsadress	
<input type="text"/>	
Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Premiebetaling

- Månadsbetaling via autogiro
 Inbetalningskort månadsvis

Personnummer	För och efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Självrisk: För det fall den anställda/medlemmen inte fullgör sin skyldighet att betala självrisk enligt avtalet och försäkringsvillkoren har Trygg-Hansa rätt att erhålla självrisk av arbetsgivaren.

Fullt arbetsför

Härmed intygar undertecknad att samtliga anställda/medlemmar enligt bifogad specifikation är fullt arbetsföra (se baksida) och att uppgifterna är fullständiga och sanningsenliga. De uppgifter som undertecknad lämnar ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Undertecknad är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag bekräftar även att jag tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av personuppgifter.

Underskrift

Underskriftsdatum (år, månad, dag)	Firmatecknares namnteckning	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C02059 1804

För information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se nästa sida. →

Frågor? Ring oss gärna på 0771- 111 740.

I samarbete med

Övertaganderegler

Utdrag ur villkor Sjukvård. De fullständiga villkoren kan du läsa och ladda ner på trygghansa.se/villkor.

Övertagande från tidigare försäkringsgivare

En förutsättning för att omfattas av dessa övertaganderegler är att den försäkrade omfattats av obligatorisk sjukvårdsförsäkring hos annan försäkringsgivare dagen innan obligatorisk sjukvårdsförsäkring enligt detta villkor börjar gälla. Grundtanken är att den försäkrade inte ska hamna i sämre läge till följd av byte av försäkringsgivare med reservation för eventuella skillnader i villkor.

Försäkringen ersätter försäkringsfall som anmälts till, godkänts av och reglerats av tidigare försäkringsgivare efter det att ansvarstiden hos tidigare försäkringsgivare löpt ut under förutsättning att försäkringsfallet är ersättningsbart enligt detta villkor.

Försäkringen ersätter även försäkringsfall som inte anmälts men som skulle ha godkänts av tidigare försäkringsgivare om så hade skett, under förutsättning att försäkringsfallet är ersättningsbart enligt detta villkor.

Kravet på behandlingsfri tid för ett förnyat vårdbehov minskas med den tid den försäkrade varit behandlingsfri i det tidigare avtalet.

Fullt arbetsför

För att kunna räknas som fullt arbetsför ska den person som ansöker om försäkring

- kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan begränsningar,
- inte ta emot eller ha rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall och/eller funktionsnedsättning eller ha vilande sådan ersättning,
- inte ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete.

Om anställd/medlem inte är fullt arbetsför vid tidpunkten för tecknandet omfattas anställd/medlem av försäkringen först efter 30 dagars full arbetsförhet.

Så behandlar vi dina personuppgifter

Trygg-Hansa Försäkring filial är personuppgiftsansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Vi behandlar dina personuppgifter för att kunna kontakta dig i din egenskap av kontaktperson för ditt företag.

Läs gärna hela vår "Information om behandling av personuppgifter" på trygghansa.se/personuppgifter. Där kan du bland annat se vilka uppgifter vi använder för vilka ändamål, vilka parter vi delar dina uppgifter

med och vilka rättigheter du har gällande dina personuppgifter.

Avtalet förmedlat av:

- Kundansvarig,
Trygg-Hansa

Namn		
Telefonnummer, även riktnr		Säljkod, Kundansvarig TH
<input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="text"/>