

» Avtalsinformation

Datum när ansökan skall träda i kraft	Avtalsnummer
---------------------------------------	--------------

» Företagsuppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Kontaktperson	Telefon
E-post	Antal anställda
Fakturaadress	E-post till mottagare av kund- och ändringslistor

» Koncerntillhörighet

Koncernens namn	Organisationsnummer
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Moderbolag <input type="checkbox"/> Dotterbolag	

» Betalning

<input type="checkbox"/> Löneavdrag
<input type="checkbox"/> Autogiro/Faktura

» Försäkringsval (Premier anges i kr/mån)

Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver med självrisk 500 kr/skadefall (D450000)	<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess brons med självrisk 500 kr/skadefall (D450003)	<input type="checkbox"/>

» Uppgifter om sjukvårdsförsäkring i annat försäkringsbolag

Finns sjukvårdsförsäkring i annat försäkringsbolag som önskas konverteras? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja, ange i vilket försäkringsbolag
Om Ja, ange om försäkringen är med eller utan karens <input type="checkbox"/> Karens <input type="checkbox"/> Utan karens	Uppskattat antal försäkrade

» Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

Förmedlingskontor	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	Bankgiro
Ansvarig assistent	E-post	

Försäkringsgivare: Euro Accident Livförsäkring AB

