

**» Avtalsinformation**

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

**» Företagsuppgifter**

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Kontaktperson	Telefon
E-post	Definiera grupp som ansökan avser (t.ex. ledningsgrupp)

**» Koncerntillhörighet**

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

**» Betalning**

<input type="checkbox"/> Månad (endast vid en årspremie på minst SEK 25 000)	<input type="checkbox"/> Kvartal	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Helår
--	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Företaget har flera bolag/divisioner/enheter som ska faktureras separat - fyll i dessa uppgifter nedan.

Företag/division/enhet	Organisationsnummer
Fakturamottagare - namn	Fakturaadress

Önskar faktura via E-post till:

**» Försäkringsval**

	Månadspremie	Välj
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess brons med karens med självrisk 500 kr/skadefall	241 kr/person	<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver med karens med självrisk 500 kr/skadefall	329 kr/person	<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver med karens med självrisk 1 000 kr/skadefall	280 kr/person	<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess silver med karens med självrisk 1 500 kr/skadefall	221 kr/person	<input type="checkbox"/>
Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess Silver med karens utan självrisk	567 kr/person	<input type="checkbox"/>

**» Nyteckning sjukvårdsförsäkring**

<input type="checkbox"/> 1 - 149 försäkrade - Nyteckningspremie	<input type="checkbox"/> Fler än 150 försäkrade - Ange erhållen premie från Euro Accident Kr per månad
---	---

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö  
www.euroaccident.se

077-440 00 10

### » Konvertering sjukvårdsförsäkring

Vid konvertering av ett gruppavtal avseende sjukvårdsförsäkring PrivatAccess krävs det att antalet personer är minst fem och att samtliga i den på förhand definierade gruppen ska omfattas av försäkringen via Euro Accident. Konvertering är endast möjlig från en obligatorisk försäkring till en motsvarande obligatorisk försäkring hos Euro Accident. Till exempel om avtalet är tecknat med karens, kan avtalet inte konverteras till utan karens hos Euro Accident. Bifoga lista från föregående försäkringsgivare på de försäkrade som ska omfattas av konverteringen. Det är viktigt att anslutningsdatum finns angivet både på individ och avtalsnivå.

Nuvarande försäkringsbolag	Karens i nuvarande avtal <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> 5 - 29 försäkrade - Nyteckningspremie	<input type="checkbox"/> Fler än 30 försäkrade - Ange erhållen premie från Euro Accident.  Kr per månad

### » Flytt från annan förmedlare av befintlig Euro Accident kund

<input type="checkbox"/> 1 - 29 försäkrade - Nyteckningspremie	<input type="checkbox"/> Fler än 30 försäkrade - Ange erhållen premie från Euro Accident.  Kr per månad
--	---

### » Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

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

» **Avtalsinformation**

Företagsnamn	Organisationsnummer	Avtalsnummer 911000_xxx
--------------	---------------------	----------------------------

\* I orsak till avanmälan måste det anges om den försäkrade slutat sin anställning eller själv valt att säga upp försäkringen. Om den försäkrade själv valt att säga upp Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess men står kvar i den försäkringsberättigade gruppen, gäller inte rätten att teckna fortsättningsförsäkring.

Namn	Personnummer	Anställningsdatum	Sista anställningsdag	Orsak till avanmälan*	
				Tackat nej	Slutat anställning
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» **Underskrift**

Intygandet kan ske tidigast 30 dagar före försäkringsavtalet träder i kraft, alternativt tidigast 30 dagar före eller 90 dagar efter anställningsdatum.

Undertecknad intygar att samtliga försäkrade enligt förteckning ovan är fullt arbetsföra vid inträdet i försäkringen, alternativt vid intygandet om detta sker innan försäkringen träder ikraft, d.v.s. att det vanliga arbetet kan fullgöras utan inskränkningar och att sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från Försäkringskassan inte utbetalas. Med ersättning från Försäkringskassan avses sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller annan ersättning på grund av arbetsoförmåga. För att vara fullt arbetsför krävs vidare att arbetsskadelivränta inte utbetalas eller att lönebidragsanställning eller vilande aktivitetsersättning/sjukersättning eller motsvarande ersättning inte är beviljad. Med försäkringskassa och ersättningar avses även dess motsvarighet i de nordiska länderna. Undertecknad är medveten om att oriktiga uppgifter kan påverka försäkringens giltighet, helt eller delvis.

Datum (ÅÅMMDD)	Underskrift behörig företrädare	Namnförtydligande behörig företrädare
----------------	---------------------------------	---------------------------------------