

## » 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

# Personallista Vid konvertering

## » Avtalsinformation

Företagsnamn	Organisationsnummer	Avtalsnummer
--------------	---------------------	--------------

Namn	Personnummer	Anmälningsdatum (Om ej enligt datum i ansökan)	Avanmälningsdatum

## » 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 arbetsskadelivranta 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	Personnummer behörig företrädare
----------------	---------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident personuppgifter för att kunna erbjuda och leverera de försäkringar och tjänster som vi har kommit överens om och för andra ändamål som att till exempel följa lagar och andra regler. För detaljerad information om personuppgiftsbehandlingen, vänligen läs vidare i Euro Accidents integritetspolicy som finns på [www.euroaccident.se](http://www.euroaccident.se) eller kontakta Euro Accident. Integritetspolicy, innehåller bland annat information om hur Euro Accident samlar in och använder dina personuppgifter men även information om dina rättigheter i samband med behandlingen av personuppgifter, såsom rätten till information, rättelse, dataportabilitet, rätten att bli glömd och göra invändningar etc.