EURO ACCIDENT
försäkring + hälsa

Personallista
Obligatorisk försäkring

» 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	Anställnings-datum	Sista anställ-ningsdag	Orsak till avanmälan*	
				Tackat nej	Slutat anställning
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

» 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 Försäkring-skassan 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 lönebidragsanställn-ing 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

Blanketten kan mailas till: info@euroaccident.com