EURO ACCIDENT
försäkring + hälsa
Förmedlad av Handelsbanken

Personallista
Grundskydd Företag

» Avtalsinformation

Företagsnamn	Organisationsnummer	Avtalsnummer

☐ TGL 6 pb ☐ Olycksfallsförsäkring arbetstid ☐ Olycksfallsförsäkring heltid
☐ Sjukavbrottsförsäkring bas 4 pbb ☐ Sjuk– och olycksfallsförsäkring ☐ Livförsäkring med fatal sjukdom

Namn	Personnummer	Anställningsdatum	Sista anställningsdag

» Underskrift försäkringstagare/arbetsgivare

De uppgifter som lämnats i denna ansökan/hälsodeklaration ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är införstådd med att försäkringens giltighet även är beroende av att den försäkrades uppgifter om sitt hälsotillstånd med mera, i denna eller kompletterande handling, är fullständiga och riktiga.

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 aktivitet-sersättning/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/firmatecknare	Namnförtydligande behörig företrädare/firmatecknare