

Rehabiliteringsförsäkring med Samtalsstöd kan tecknas för fem anställda eller fler mot intygande av full arbetsförhet.

» Avtalsinformation

Startdatum	Ankom till Euro Accident, datum
------------	---------------------------------

» Försäkringstagare

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

» Kontaktperson på företaget

Kontaktperson	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

» Företagsinformation

Uppge statistik över sjukfrånvaro de två senaste åren. Sjukfrånvaro ska anges i procent av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid.

Föregående år		Året dessförinnan	
Total sjukfrånvaro	%	Total sjukfrånvaro	%
Varav långtidsfrånvaro 60 dagar eller mer	%	Varav långtidsfrånvaro 60 dagar eller mer	%

» Betalning

Försäkringen löper per kalenderår från den 1 januari till den 31 december.

<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal*
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

*Kvartalspremie accepteras endast om årspremien överstiger 600 kronor.

» Underskrift av försäkringstagare/arbetsgivare

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
E-post	Namnförtydligande

» Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren

För information om när Euro Accident kräver hälsodeklaration, maximal ersättningsgrundande inkomst, beloppsbegränsningar gällande ersättningar med mera hänvisas till vid var tid gällande teckningsregler. Kontakta Euro Accident eller besök vår partnerwebb för mer information.

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

Handlingarna skickas till:

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

Ansökan/Avanmälan Rehabiliteringsförsäkring ComeBack med Samtalsstöd

» Avtalsinformation

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

Namn	Personnummer	Nyanmälan (om ej enligt datum i ansökan)	Avanmälan

» 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.

Ort	Datum (ÅÅMMDD)
Underskrift behörig företrädare	Namnförtydligande