

Företag/Organisation

Företags/Organisationens namn	Org.nr	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon (dagtid)	E-postadress	
Kontaktperson	Kontaktpersonens telefon	

Försäkringsmoment

☐ Nyteckning	Försäkringsens startdatum: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>å</td><td>å</td></tr></table>								d	d	m	m	å	å
d	d	m	m	å	å									
☐ Konvertering, från bolag:														
☐ PrivatAccess silver EA - Obligatorisk* ☐ Utan självrisk ☐ Självrisk 500 kr ☐ Självrisk 1 000 kr ☐ Självrisk 1 500 kr	☐ PrivatAccess silver EA - Individuell** ☐ Självrisk 500 kr ☐ Självrisk 1 000 kr ☐ Självrisk 1 500 kr													
☐ PrivatAccess brons EA - Obligatorisk* ☐ Självrisk 500 kr	☐ PrivatAccess brons EA - Individuell** ☐ Självrisk 500 kr													

*Obligatorisk, minst 5 personer - definierbar grupp

**Obligatorisk, färre än 5 personer - individuell premie

Försäkringsgivare:
Euro Accident Livförsäkring AB

Betalning

Vid uppdelning av faktura tillkommer en avgift på: Månad 6%, Kvartal 3%, Halvår 1.5% av försäkringens årsavgift.

Autogiro (fyll även i nedan autogiromedgivande)			
☐ Månad	☐ Kvartal	☐ Halvår	☐ Helår
Faktura			
☐ Kvartal	☐ Halvår	☐ Helår	

Autogiromedgivande, ansökan samt underskrift kontohavaren

Bankkonto utan bankbok (t.ex. checkkonto) eller Personkonto. Observera att kontohavare under 18 år ej godkänns av Bankgirocentralen

Clearingnr.	Bankkonto	Kontohavarens person (12-siffrigt) / Org nr
Personkonto	Postgirokonto (Ange bakomliggande kontonr)	Kontoförande bank och ort

Jag har tagit del av reglerna för autogiro och medger, oberoende av denna ansökans handling i övrigt, att inbetald summa tillfaller Nordic Brokers Association som ersättning för deras uppdrag gällande valda gruppörsäkringsmoment.

Autogironummer: **366-3432**

Om jag ovan fyllt i kontonummer, omfattar namnteckningen nedan att jag godkänner överföring av pengar från kontot, enligt denna ansökan, till Nordic Brokers Association.

Datum	Underskrift kontohavaren	Namnförtydligande kontohavaren
-------	--------------------------	--------------------------------

Nedanstående uppgifter ifylles av förmedlaren

Förmedlingskontor	Förmedlare	Kod
-------------------	------------	-----

Försäkrad - Alternativ

F = Försäkrad	M = Medförsäkrad Ange även den försäkrades pers.nr	MBe = Medförsäkrat barn MBf = Medförsäkrade flerbarn Ange även den försäkrades pers.nr	EF = Egen faktura Försäkringsmoment faktureras den försäkrade
---------------	---	--	--

☐ F ☐ M ☐ EF ☐ MBE ☐ MBf ☐ EF

Namn	Personnummer	Om M, MB pers.nr försäkrad
Adress	Post.nr	Ort

☐ F ☐ M ☐ EF ☐ MBE ☐ MBf ☐ EF

Namn	Personnummer	Om M, MB pers.nr försäkrad
Adress	Post.nr	Ort

☐ F ☐ M ☐ EF ☐ MBE ☐ MBf ☐ EF

Namn	Personnummer	Om M, MB pers.nr försäkrad
Adress	Post.nr	Ort

☐ F ☐ M ☐ EF ☐ MBE ☐ MBf ☐ EF

Namn	Personnummer	Om M, MB pers.nr försäkrad
Adress	Post.nr	Ort

☐ F ☐ M ☐ EF ☐ MBE ☐ MBf ☐ EF

Namn	Personnummer	Om M, MB pers.nr försäkrad
Adress	Post.nr	Ort

Intyg samt underskrift av fullt arbetsför

Härmed intygas att samtliga som anmälts till försäkringen, är fullt arbetsföra.

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 arbetsskadeliivränta 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.

☐ Ja ☐ Nej

Datum	Underskrift firmatecknare	Namnförtydligande firmatecknare
-------	---------------------------	---------------------------------

Behandling av personuppgifter

Som personuppgiftsansvarig behandlar Euro Accident och If 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 och Ifs integritetspolicy som finns på www.hjerta.se/villkor-policy. Integritetspolicy, innehåller bland annat information om hur Euro Accident och If 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."

Skickas i original till: Hjerta, Järnvägsgatan 29, 252 24 Helsingborg, +46 (0)42 13 18 30

E-post: gruppliv@hjerta.se Hemsida: www.hjerta.se, Org. nr: 556714-0610. Styrelsens säte: Stockholm

Sida 2/2