

Ny- och avanmälan

Privatvårdsförsäkringar

skandia

Distributörskod	Namn
-----------------	------

Blanketten sänds till:
Max Matthiessen AB Grupp Liv
Box 5908
114 89 Stockholm
Tfn: 08-613 28 55

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

Personnummer	Namn	Datum fr.o.m. (ÅÅ-MM-DD)		Produkt och karensregel vid nyanmälan		Orsak vid avanmälan
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	
			<input type="checkbox"/> Nyanmälan		<input type="checkbox"/> Avanmälan	

Övriga uppgifter

Härmed intygas att samtliga som nyanmäls till försäkringen är fullt arbetsföra.

Företaget (arbetsgivaren) ska intyga att den anställda är fullt arbetsföra vid tidpunkt då undertecknandet av ansökan sker. Alternativt sker intygandet vid den tidpunkt, då uppgifter om den som ska försäkras överförs elektroniskt, enligt särskild överenskommelse med Skandia.

Med fullt arbetsföra menas att den som ska försäkras

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan undantag
- inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning
- inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande.

Underskriftsdatum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Firmateckning (företagets namn och firmatecknare)	Namnförtydligande (var god texta)
20 - -		