

Ansökan SBR Sjukvård +

Försäkring avser medlem/anställd i följande organisation/företag



Försäkringen kan tecknas av medlemmar i SBR och anställda i medlemsföretag.

Sjukvårdsförsäkring placerad i Protector Försäkring.

Make/maka/sambo/ Barn / registrerad partner kan medförsäkras.

Ifylld originalblankett sänds med post till:

SBR Försäkringsservice c/o
Philipsson & Partner AB
Postcenterbox 417
120 63 STOCKHOLM

Gruppmedlem/ anställd i medlemsföretag

Namn	Person nr
Utdelningsadress	Medlems nr
Postnr och ort	Telefon nr. (dagtid)
E-postadress	Mobil nr

Företag

Namn	Medlems nr	Organisations nr
Telefon nr	Utdelningsadress	Postnummer & ort
Kontaktperson	E-postadress	Mobil nr

Medförsäkrad

Namn	Person nr
------	-----------

Premie per månad

Ålder	- 29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-67 år	68-74 år
Sjukvårdsförsäkring	213 kr	317 kr	396 kr	567 kr	867 kr	1 450 kr
Sjukvårdsförsäkring ink Liv & olycksfall	278 kr	389 kr	478 kr	678 kr	1 055 kr	

Gruppmedlem/anställd i medlemsföretag	<input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring	<input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring ink Liv & olycksfall
Medförsäkrad	<input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring	<input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring ink Liv & olycksfall

Ett grundkrav för att få teckna eller utöka gruppförsäkringen är att du är fullt arbetsför. Full arbetsförhet innebär att du inte uppbär aktivitetsstöd eller ersättning från Försäkringskassan eller annan till följd av sjukdom med nedsatt arbetsförmåga. Person som fått någon av dessa ersättningsformer bedömd som vilande anses inte vara fullt arbetsför under denna tid. Du som inte är fullt arbetsför kan ansöka om försäkring när du åter varit fullt arbetsför i minst 30 dagar.

Här med intygas att ovanstående förutsättningar råder vid tecknande av angiven försäkringslösning

Ort och datum	Försäkrads namnteckning	Namnförtydligande
Ort och datum	Medförsäkrads namnteckning	Namnförtydligande

Försäkringsgivare If