

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 Nordeuropa Liv & Hälsa.

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

Ifylld originalblankett sänds med post till:

SBR Försäkringservice c/o
Philipsson & Partner AB
Box 50
131 06 NACKA

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 år

Ålder	- 29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-70 år	71-75 år
Sjukvårdsförsäkring	2 070	3 420	4 485	6 735	10 305	25 455
Sjukvårdsförsäkring ink Liv & olycksfall	2 835	4 275	5 445	8 040	12 495	

Gruppmedlem/anställd i medlemsföret ag	<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 ovannämnda förutsättningar råder vid tecknande av angiven försäkringslösning

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

Försäkringsgivare IT