

Blanketten sänds till:
Provins Insurance, Storgatan 26, 83130 Östersund

Ansökan avser	Sjukvårdsförsäkring Plus med självrisk	Gruppavtalsnr 50100
Försäkrad	Företag/Klubb	Organisationsnr
	Gruppmedlem, efternamn och förnamn	Personnr (10 siffror)
	Anställd från och med år, månad	Telefonnr, även riktnr
	Utdelningsadress	
	Postnr och ortnamn	
	E-postadress	
	Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Jag vill teckna Sjukvårdsförsäkring (du ska vara fullt arbetsför för att teckna försäkringen, se definition nedan) Fullt arbetsför Fullt arbetsför innebär att den som ska försäkras: – inte är sjukskriven utan kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar – inte uppbär eller har rätt till ersättning som har samband med egen sjukdom, olycksfall eller funktionshinder, eller har vilande sådan ersättning – inte på grund av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller liknande	För att uppfylla kravet på fullt arbetsför vid inträdet i sjukvårdsförsäkringen får den sökande inte heller ha uppburit ersättning för sjukdom och/eller olycksfall mer än 14 dagar i följd under den senaste 90 dagana.
Betalning	<input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Månad (om företaget betalar försäkringen)	
Faktura-mottagare	Fakturamottagare, redovisningsenhet <input type="checkbox"/> Samma som ovan	
	Om annan än avtalspart, ange företagets/förbundets/organisationens namn	Organisationsnr
	Utdelningsadress	
	Postnr och ortnamn	
	Kontaktperson, namn	Telefon dagtid, även riktnr
	E-postadress	Faxnr, även riktnr
Underskrift	Med Folksam avses i denna ansökningshandling det eller de bolag i Folksamgruppen som du tecknar försäkringsavtal med. Folksamgruppen är Folksam ömsesidig sakförsäkring och Folksam ömsesidig livförsäkring med dotterbolag. Jag intygar att jag är fullt arbetsför enligt ovan och bekräftar med min underskrift att jag tagit del av skriftlig förköpsinformation och autogirovillkor på baksidan.	Jag är medveten om att – oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig – jag kan hämta försäkringsvillkor på folksam.se eller närmaste Folksamkontor Vid hemförsäljning har jag även fått information och blankett om ångerrätt. Finansiell rådgivning har inte lämnats av Folksam.
	Ort och datum	Ort och datum
	Underskrift gruppmedlem	Underskrift av annan betalare
	Försäkringsgivare och betalningsmottagare är Förenade Liv Grupp-försäkring AB, 106 60 Stockholm.	

Folksams noteringar

Ombud, mäklarens namn och nr	Mottagit ansökan, datum
------------------------------	-------------------------

