

Ansökan SBR Sjukvård +



Försäkring avser medlem/anställd i följande organisation/företag

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

Make/maka/sambo/registrerad partner kan medförsäkrad.

Ifylld originalblankett sänds med post till:

SBR Försäkringsservice
c/o Philipsson & Partner AB
Box 3058
103 61 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	193 kr	231 kr	343 kr	451 kr	570 kr	1 212 kr
Sjukvårdsförsäkring ink Liv & olycksfall	258 kr	302 kr	425 kr	561 kr	758 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 uppstår 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

