

Ansökan SBR Intäktsförsäkring



Försäkringen kan tecknas av medlemmar i SBR, samt delägare och nyckelpersoner i medlemsföretag.

Ifylld originalblankett sänds med post eller mail till:

SBR Försäkringservice
Box 3058 103 691 STOCKHOLM
Mailadress: sbr@phpa.se

Uppgifter om Företaget	
Företagets namn	Organisationsnr
Utdelningsadress	
Postnr och ort	Telefonnr (dagtid)
Epostadress	Telefax (inkl riktnr)
Uppgifter om den försäkrade individen	
För- och efternamn	Personnr
Utdelningsadress	Mobilnr
Postnr och ort	Telefon hem (inkl riktnr)
Epostadress	

Du väljer själv ersättningsnivå och ersättningstid enligt nedan.

Ersättningsnivå per månad	
<input type="checkbox"/> 20 000 kr (1,5% PBB/Dag)	<input type="checkbox"/> 33 000 kr (2,5% PBB/Dag)
Ersättningstid	
12 månader	

Premie		
	12 månader	
20 000 kr (1,5% PBB/dag)	390 kr/mån	
33 000 kr (2,5% PBB/dag)	770 kr/mån	

Försäkringen börjar gälla från den dag ansökan har godkänts och premien är betald.



Ansökningshandling

Bifoga denna handling via mail (sbr@phpa.se) eller per post till SBR Försäkringsservice, Box 3058, 103 61 Stockholm.

Försäkran

Jag intygar och försäkrar härmed att jag uppfyller nedanstående krav. (Varje fråga ska besvaras.)

- Folkbokförd i Sverige
- Kan nytecknas mellan 18 – 60 år
- Arbetstid minst 22 timmar i veckan
- Är fullt arbetsför
- Är inskriven i svensk försäkringskassa

Underskrift	
Ovannämnda uppgifter ska ligga till grund för försäkringsavtalet.	
Ort och datum	Organisationsnummer
Namnunderskrift arbetsgivare	Namnunderskrift medlem (om annan än arbetsgivare)
Namnförtydligande arbetsgivare	Namnförtydligande medlem

Försäkringsgivare är:
Trygg Hansa Försäkring