

GARANT Anställd – Premiefrielse	Avtalsnr och namn på org./företag 1416
Blanketten skickas till: Företagarnas Försäkringservice Telefon Box 9600 08-406 17 77 117 91 Stockholm	

Personuppgifter

Gruppmedlemmens förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-NR)
		-
Adress	Postnummer	Ort
Telefon arbete	Telefon hem	
-	-	

Anmälan avser premiefrielse

Premiefrielse gäller för gruppmedlem:

1. Vid en sjukperiod på minst 30 månader inom en sammanhängande 36-månadersperiod (karenstid) med 100% arbetsförmåga. Premiefrielsen gäller så länge gruppmedlem inte är fullt arbetsför, längst till 65 års ålder.

Inträffar ett försäkringsfall medan rätt till premiefrielse föreligger, utbetalas ersättning enligt det gruppavtal och efter de villkor och försäkringsbelopp som gällde månaden innan rätten till premiefrielse inträdde. Försäkringsskyddet under premiefrielse-tiden är det belopp i kronor som gällde då rätten till premiefrielse inträdde. Reduceras beloppet med hänsyn till den försäkrades ålder tillämpas de bestämmelser som finns intagna i gruppavtalet.

Uppgifter

Jag har varit arbetsförmögen till 100% i en sjukperiod på minst 30 månader inom en sammanhängande 36-månadersperiod sedan:	Datum för första sjukskrivningsdagen
	-
Bifoga kopia av: <ul style="list-style-type: none"> • läkarintyg • beslut om tidsbegränsad/varaktig sjukersättning • föredragningspromemoria samt läkarutlåtande som legat till grund för beslutet 	

Fylls i av gruppföreträdare för självadministrerade gruppavtal

När anslöts gruppmedlem till GARANT Anställd (ÅÅMMDD)	Preman betald vid ansökan om premiefrielse
-	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Övriga upplysningar	
Datum (ÅÅMMDD)	Gruppföreträdarens underskrift och telefonnummer
-	

Beslut om premiefrielse

Försäkrads underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag medger att arbetsgivare och allmän försäkringskassa får lämna alla uppgifter till Trygg-Hansa för att bedöma min anmälan.	
Ort och datum	Namnteckning