

Den här ansökan används för anställd som söker försäkring senare än tre månader efter anställningsdatum, eller som har fyllt 60 år.  
Fyll även i hälsodeklarationen på baksidan.

### Uppgifter om företaget

Företagets namn	Medlemsnummer	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-postadress	

### Betalningssätt

Vi önskar betala med

Autogiro (fyll i ansökan om Autogiro)  Inbetalningskort/helår  Inbetalningskort/halvår  Inbetalningskort/tertiel

Firmatecknarens/betalarens underskrift	Namnförtydligande
--	-------------------

### Uppgifter om anställd

För-och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-postadress	
Anställningsdatum		

För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på [foretagarna.se/forsakringar](http://foretagarna.se/forsakringar)

Fortsättning på sid 2

### Ansökan skickas till

Länsförsäkringar  
Personrisk/Hälsa Kundservice  
Postskanning  
FE 1667  
839 82 Östersund

## Hälsodeklaration GARANT Anställd

1. Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Personnummer
<b>Fullt arbetsför är den som</b> <ul style="list-style-type: none"><li>kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/eller</li><li>inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande.</li></ul>		
2. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än en månad i följd? Om "Ja" ange sjukskrivningsperiod och diagnos/besvär.	Kompletterande uppgifter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
3. Använder du eller har du under de senaste tre åren använt eller blivit rekommenderad att använda något receptbelagt läkemedel för sjukdom eller besvär? Om "Ja" ange namnet på läkemedlet, orsaken till medicinerings samt den period du medicinerat.	Kompletterande uppgifter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
4. Har du under de senaste tre åren behandlats (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om "Ja", ber vi dig svara på frågorna 4a - 4d nedan.	Kompletterande uppgifter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
4 a Vad heter sjukdomen/bedvären? Beskriv sjukdomen/bedvären och ange vilket datum du först blev sjuk/fick besvär.		
4 b När behandlades/undersöktes du senast? Ange år och månad.		
4 c Vilken vårdgivare har du anlitat för dessa besvär? Ange namn och mottagningsadress eller sjukhus/sjukvårdsinrättning/klinik/avdelning.		
4 d Är du symtomfri? Om "Ja", ange från när (år och månad). Om "Nej", ber vi dig beskriva kvarvarande besvär/symtom.	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej Beskriv kvarvarande besvär	

### Underskrift - Ansökan

Jag har tagit del av Företagarnas förköpsinformation om GARANT Anställd. De uppgifter jag lämnat på denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga samt lämnade med kännedom om att oriktigt eller ofullständigt svar kan medföra att försäkringen blir ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan återopas av mig. Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum	Namn-teckning försäkrad
-------	-------------------------