

Den här ansökan används för medlem eller kompanjon som söker försäkring senare än tre månader efter inträdet som ny medlem i Företagarna eller som har fyllt 50 år. Fyll även i hälsodeklarationen på baksidan.

Är du ny medlem eller kompanjon (inom tre månader) och söker GARANT Inkomstskydd 1 500 kr/månad eller Sjukkapitalförsäkring 10 pbb, behöver du bara besvara fråga 1 på baksidan. Är du över 50 år eller ny medlem som söker högre försäkringsbelopp än angett ovan besvarar du alla frågorna i hälsodeklarationen.

Söker du bara GARANT Diagnosförsäkring krävs ingen hälsodeklaration.

Uppgifter om företaget

Företagets namn	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/tertial

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

Gruppmedlem/kompanjon

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

Välj försäkring nedan

GARANT Inkomstskydd ☐ 1 500 kr/månad ☐ 3 500 kr/månad ☐ 4 500 kr/månad
GARANT Sjukkapitalförsäkring ☐ 10 prisbasbelopp ☐ 30 prisbasbelopp ☐ 50 prisbasbelopp
GARANT Diagnosförsäkring ☐ 1 prisbasbelopp

För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor för försäkringen finns på foretagarna.se/forsakringar

Fortsättning på sid 2

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Personrisk/Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
839 82 Östersund

Hälsodeklaration GARANT Sjukförsäkring

1. Är du fullt arbetsför?	☐ Ja ☐ Nej	Personnummer
Fullt arbetsför är den som - kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/eller - inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande.		
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 ☐ Ja ☐ 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 medicinering samt den period du medicinerat.	Kompletterande uppgifter ☐ Ja ☐ 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 ☐ Ja ☐ Nej	
4 a Vad heter sjukdomen/besvären? Beskriv sjukdomen/besvären 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.	☐ Ja År: _____ Månad: _____ ☐ Nej Beskriv kvarvarande besvär	

Underskrift – Ansökan

Jag har tagit del av Företagarnas förköpsinformation om GARANT Sjukförsäkring. 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 åberopas av mig. Underskrift ska göras av den försäkrade. Handlingarna ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

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