

Den här ansökan används för medlem eller kompanjon som söker försäkringspaketet senare än tre månader efter inträdet som ny medlem i Företagarna, eller som har fyllt 60 år. Ansökan används även för make/sambo (medförsäkrad). Glöm inte fylla i hälsodeklarationen på baksidan. Ansökan kan också användas när du önskar köpa sjukvårdsförsäkringen separat.

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/tertiäl

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

Gruppmedlem/kompanjon

För-och efternamn	Medlemsnummer	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-postadress	
Försäkringsval <input type="checkbox"/> GrundPlus <input type="checkbox"/> Tillägg Livförsäkring 10 pbb, för dig över 40 år <input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring separat <input type="checkbox"/> Barnförsäkring, samtliga barn Sjukvårdsförsäkring för barn, se separat ansökan		

Medförsäkrad

För-och efternamn	Personnummer	
E-postadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Försäkringsval <input type="checkbox"/> GrundPlus <input type="checkbox"/> Tillägg Livförsäkring 10 pbb, för dig över 40 år <input type="checkbox"/> Sjukvårdsförsäkring separat		

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

Fortsättning på sid 2

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
838 83 Frösön

Hälsodeklaration GARANT GrundPlus

Ska du enbart köpa sjukvårdsförsäkring behöver du bara fylla i fråga 1 nedan	Personnummer Gruppmedlem/kompanjon	Personnummer Medförsäkrad
1. Är du fullt arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fullt arbetsför är den som <ul style="list-style-type: none">kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall och/ellerinte 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Använder du eller har du under de senaste tre åren använt eller av läkare 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Har du under de senaste tre åren behandlats (gäller även läkemedel), kontrollerats eller undersökts av läkare på grund av sjukdom, skada eller handikapp? Om "Ja", ber vi dig svara på frågorna 4a - 4d nedan.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 läkare var du hos? 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	<input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej Beskriv kvarvarande besvär

Underskrift - Samtycke för hälsouppgifter

Jag samtycker till att Länsförsäkringar* behandlar de uppgifter om min hälsa som Länsförsäkringar behöver för att kunna handlägga min ansökan om försäkring eller ändring av försäkring i enlighet med informationen "Behandling av personuppgifter" som du hittar på vår webbplats lansforsakringar.se/personuppgifter. Om du vill kan du få informationen skickad till dig, kontakta i så fall Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice på telefonnummer 08-588 42700 eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se.

Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att ta kontakt med Länsförsäkringar, Hälsa Kundservice, 106 50 Stockholm eller e-post info.halsa@lansforsakringar.se. Ett återkallande av samtycket påverkar inte den rätt Länsförsäkringar haft att behandla hälsouppgifter så länge samtycke funnits.

Behandling av hälsouppgifter är nödvändig för att vi ska kunna handlägga din ansökan och om du inte lämnar samtycke eller återkallar samtycket accepterar du att Länsförsäkringar inte kommer att kunna handlägga din ansökan.

*Med Länsförsäkringar avses de bolag som är försäkringsgivare till den eller de försäkringar du ansöker om.

Namnteckning Gruppmedlem/kompanjon	Namnteckning Medförsäkrad
------------------------------------	---------------------------

Underskrift - Ansökan

Jag har tagit del av Företagarnas förköpsinformation om GARANT GrundPlus. De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag intygar att jag själv besvarat frågorna och att svaren är sanna och fullständiga. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag är medveten om att hälsouppgifter i samband med ansökan som inte lämnas på denna blankett inte kan åberopas av mig. Ansökan ska skickas in till Länsförsäkringar inom 14 dagar från underskriftsdatum.

Datum	
Namnteckning Gruppmedlem/kompanjon	Namnteckning Medförsäkrad