

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/tertiäl

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

Uppgifter om medlem som söker försäkringen inom tre månader som ny medlem

| | | |
|---|----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Medlem (person registrerad på medlemskapet i Företagarna) | | |
| För-och efternamn | | Personnummer |
| Utdelningsadress | Telefon dagtid | Mobiltelefon |
| Postnummer och ort | E-postadress | |
| Är du fullt arbetsför? <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. | | |

Underskrift

Jag har tagit del av Företagarnas förköpsinformation om GARANT Intäkt. 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 | Namnsteckning |
|-------|---------------|

Om du söker försäkringen efter tre månaders medlemskap, eller om du har fyllt 60 år, ska du istället fylla i hälsodeklarationen på nästa sida.

Uppgifter om medlem eller kompanjon. Vi ber dig även besvara frågorna på nästa sida

| | | |
|--|------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Medlem (ej ny medlem) <input type="checkbox"/> Kompanjon/nyckelperson | Ange roll i företaget: | |
| För-och efternamn | | Personnummer |
| Utdelningsadress | Telefon dagtid | Mobiltelefon |
| Postnummer och ort | E-postadress | |

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Personrisk/Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
839 82 Östersund

Fortsättning på sid 2

Postadress 106 50 Stockholm | Affärsenhet Sak | Telefon 08-406 17 77

E-post personforsakring@foretagarna.se

Försäkringsgivare

Länsförsäkringar Grupplivförsäkringsaktiebolag (publ), organisationsnummer 516401-6692

Länsförsäkringar AB (publ), organisationsnummer 502010-9681

Hälsodeklaration GARANT Intäkt

| | | |
|---|---|--------------|
| 1. Är du fullt arbetsför? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Personnummer |
| 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. | 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/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. | <input type="checkbox"/> Ja År: _____ Månad: _____ <input type="checkbox"/> Nej Beskriv kvarvarande besvär | |

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, Personrisk/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, Personrisk/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.

Jag samtycker enligt ovan.

Underskrift - Ansökan

Jag har tagit del av Företagarnas förköpsinformation om GARANT Intäkt. 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 | Namnteckning försäkrad |
|-------|------------------------|