

# SVENSKA TECKNARE

## Anmälan och hälsodeklaration

### SJUKAVBROTTSFÖRSÄKRING

Ansökan avser  Nyansökan  Förändring/utökning av tidigare försäkringsskydd

---

---

|           |                 |         |
|-----------|-----------------|---------|
| Firmanamn | Organisationsnr | Telefon |
|-----------|-----------------|---------|

|                       |          |        |
|-----------------------|----------|--------|
| Efternamn och förnamn | Personnr | E-post |
|-----------------------|----------|--------|

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Utdelningsadress | Postnr, - ort |
|------------------|---------------|

---

Genomsnittliga fasta rörelsekostnader per månad

#### Beräkning av försäkringsbelopp

De kostnader som skall försäkras är de fasta kostnaderna i rörelsen. Exempel på sådana är:

- Lokalhyra
- Löner och lönebikostnader till anställda (ej till den försäkrade)
- Fasta kontors-, bokförings- och försäkringskostnader
- Medlemsavgift SFF
- Fasta el- och telekostnader
- Avskrivningar och räntor
- Fasta bilkostnader (för firmabil)
- Fasta leasingkostnader.

På baksidan av denna blankett finner Du en hälsodeklaration som måste fyllas i.

Glöm inte att fylla i de kompletterande uppgifter som eventuellt behövs.

---

---

## Hälsodeklaration

För att få försäkring skall Du vara fullt arbetsför, dvs inte uppbära sjukpenning eller förtidspension. Du som f.n. inte är arbetsför kan ansöka om försäkring när Du åter är fullt arbetsför.

1. Är Du fullt arbetsför? (dvs inte uppbär sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension)  Ja  Nej
2. Har Du under de senaste 12 månaderna varit helt eller delvis arbetsoförmögen mer än 14 dagar i följd?  Ja  Nej
3. Har Du under de senaste fem åren vårdats på sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning?  Ja  Nej
4. Har Du under de senaste fem åren sökt eller behandlats av läkare?  Ja  Nej
5. Har Du tidigare än under de senaste fem åren haft någon sjukdom som varat längre tid än en månad  
Sjukdomen måste anges även om den inte medfört någon nedsättning av arbetsförmågan  Ja  Nej
6. Längd?..... cm. vikt? .....kg

Ovanstående uppgifter skall ligga till grund för försäkringen. Har Du svarat "Ja" på fråga 2 - 5, **skall** kompletterande uppgifter lämnas om vilken sjukdom, skada eller handikapp det gäller, under vilka tider Du var sjuk samt vilken läkare (namn och mottagningsadress) eller sjukvårdsinrättning (klinik och avdelning) Du anlitat.

---

---

### Kompletterande uppgifter:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra försäkringens ogiltighet. Jag medger att läkare, sjukhus eller annan vårdinrättning samt försäkringsinrättning (inkl. allmän försäkringskassa) får lämna de upplysningar som försäkringsgivaren finner erforderliga med anledning av den nu sökta försäkringen.

### Underskrift

..... mobil.....arb.....  
Ort och datum Telefon

.....  
Namnteckning Försäkringen träder inte i kraft förrän den godkänns av försäkringsgivaren.

|   |
|---|
| Ansökan skickas till:<br>Gefvert AB, Danderydsgatan 14, 114 26 Stockholm<br>Tel: 08 - 440 54 40, fax: 08 - 678 29 20, e-post: info@gefvert.se |
|---|