

Blanketten sänds till:

Söderberg & Partners, Carl Rosén, Fredsgatan 12, 111 52 Stockholm

<b>Ansökan avser</b>	Sjukvårdsförsäkring Mellan med självrisk	Gruppavtalsnr <b>50100</b>
<b>Försäkrad</b>	Företag/Klubb	Organisationsnr
	Gruppmedlem, efternamn och förnamn	Personnr (10 siffror)
	Anställd från och med år, månad	Telefonnr, även riktnr
	Utdelningsadress	
	Postnr och ortnamn	
	E-postadress	
	<b>Gruppmedlem</b> <input type="checkbox"/> Jag vill teckna Sjukvårdsförsäkring (du ska vara fullt arbetsför för att teckna försäkringen, se definition nedan)  <b>Fullt arbetsför</b> För att anses som fullt arbetsför ska du utan inskränkningar kunna fullgöra ditt vanliga arbete på arbetsplatsen eller i hemmet.  <b>Inte fullt arbetsför</b> Fullt arbetsför är inte - den som har hel eller partiell sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, - aktivitetsersättning, sjukersättning eller motsvarande - den som har vilande sjukersättning eller motsvarande - den för vilken vårdbidrag beviljats.	
<b>Betalning</b>	<input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Månad (om företaget betalar försäkringen)	
<b>Faktura-mottagare</b>	Fakturamottagare, redovisningsenhet	
	<input type="checkbox"/> Samma som ovan	
	Om annan än avtalspart, ange företagets/förbundets/organisationens namn	Organisationsnr
	Utdelningsadress	
	Postnr och ortnamn	
	Kontaktperson, namn	Telefon dagtid, även riktnr
E-postadress	Faxnr, även riktnr	
<b>Underskrift</b>	Jag intygar att jag är fullt arbetsför enligt ovan och bekräftar med min underskrift att jag tagit del av skriftlig förköpsinformation och autogirovillkor på baksidan. Jag är medveten om att – oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig – jag kan hämta försäkringsvillkor på folksam.se eller närmaste Folksamkontor  Vid hemförsäljning har jag även fått information och blankett om ångerrätt. Finansiell rådgivning har inte lämnats av Folksam.	
	Ort och datum	Ort och datum
	Underskrift gruppmedlem	Underskrift av annan betalare

**Folksamns noteringar**

Ombud, mäklarens namn och nr	Mottagit ansökan, datum
------------------------------	-------------------------

