



Ansökan Företag Baspaket

Avtalsnummer/Paketnummer 80/179
Agenturnummer huvudkontor 3897
Agenturnummer regionskontor -
Förmedlar ID -

Försäkringen/arna ska gälla från

Skriv tydligt

År	Mån	Dag
----	-----	-----

TGL – Tjänstegruppliv (46 kr/mån) OA – Olycksfall arbetstid(19 kr/mån) Sjukvård Direkt Plus (198 kr/mån GM/MF)

Företagsnamn		Organisationsnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Verksamhetens art		Organisationstillhörighet
Medlem i arbetsgivareförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja" i så fall vilket		
Kollektivavtal för arbetare slutet med fackförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja" i så fall vilket		
Kollektivavtal för tjänstemän slutet med fackförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja" i så fall vilket		

Faktureringstillfälle

Betalningsfrekvens
<input type="checkbox"/> Kvartal <input type="checkbox"/> Halvår <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Månad (vid minst 10 försäkrade)

Underskrift

Undertecknad firmatecknare intygar beträffande anmälda personer:

att inte någon ingår i gruppen som uppbära sjuklön från arbetsgivaren eller ersättning från försäkringskassan (sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk-/aktivitetsersättning – även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning), inte kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning vid dagen för tecknandet av försäkring, eller i mer än 30 dagar sammanlagt under de senaste 360 dagarna.

att avgift till ATP erläggs för samtliga till försäkringen anmälda personer

att ingen i gruppen har försäkrats i annan ordning för motsvarande förmåner

Företagets kontaktperson	Datum, arbetsgivarens underskrift (behörig firmatecknare)
E-post	
Telefon (även riktnummer)	

OBS! Samtliga försäkrade förtecknas på baksidan!

Upplysningar

Förteckning över försäkrade

Följande anställda personer skall omfattas av försäkringen/arna

Varje ändring av dessa uppgifter under försäkringsåret skall snarast meddelas SalusAnsvar.

Försäkrade är endast personer som skriftligen anmäls till SalusAnsvar.

Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag
Namn			Personnummer	Sysselsättning
<input type="checkbox"/> TGL	<input type="checkbox"/> OA	<input type="checkbox"/> Sjukvård Direkt Plus	Finns tecknade/sökta sjukvårdsförsäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja" ange startdatum och bolag