

Avtalsnummer/Paketnummer
Agenturnummer huvudkontor
Agenturnummer regionskontor
Förmedlar ID

**Försäkringen/arna ska gälla från**

*Skriv tydligt*

År	Mån	Dag
----	-----	-----

TGL – Tjänstegruppliv    OA – Olycksfall arbetstid    Sjukvård Direkt

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 <b>arbetare</b> slutet med fackförbund? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja" i så fall vilket		
Kollektivavtal för <b>tjänstemän</b> 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
---

**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**


