

## Försäkrad (sökande)

 Ägare  Anställd

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Tel (inkl riktnr)
Postnummer och Ort	Telefon	Mobil
Epost		

## Medförsäkrad make/maka/sambo/registrerad partner

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

## Uppgifter om medlemsföretaget

Namn		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	Postadress
Företaget anslutet till Svensk handel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Telefonnummer
Epost	Antal anställda	Bokslutsmånad

## Premie

För premieuppgifter vänligen kontakta SH Pension. Tel 010 – 471 87 70

## Hälsodeklaration

Är du fullt arbetsför\*?  Ja  Nej Är make/maka/sambo/registrerad partner fullt arbetsför\*?  Ja  Nej

\* Med fullt arbetsför menas att den eller de som ska försäkras kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del har sjuklön från sin arbetsgivare och/eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsoförmåga eller uppbär arbetsskadelivränta. Den som ska försäkras får inte heller ha lönebidragsanställning eller liknande anställning, eller av hälsoskäl ha fått anpassat arbete för att räknas som fullt arbetsför. Om någon av de som ska försäkras varit arbetsoförmögen mer än 15 dagar i följd under de senaste tre månaderna före försäkringens starttidpunkt anses han/hon inte heller vara fullt arbetsför. Anställd som inte är fullt arbetsför vid tidpunkt för tecknandet av försäkringen omfattas när försäkrad under en tre månaders period i följd inte varit arbetsoförmögen mer än 15 dagar i följd.

Vänligen observera att försäkringen inte gäller för de sjukdomstillstånd/olycksfall som du redan har när du tecknar försäkringen.

## Nedan fylls i av SH Pension

Företagsnummer	Försäkringsnummer	Försäkringsrådgivare
----------------	-------------------	----------------------

OBS VÄND!

## Betalningssätt via autogiro

Premiebetalning ska enligt anmälan ske via autogiro från angivet bankkonto. Betalningen får belasta kontot tidigast bankdagen före förfalldagen. Redovisning av uttagen lämnas genom kontoutdrag från banken till kontohavaren. Medgivandet gäller också om jag får ett annat kontonummer eller byter bank. Jag är medveten om att betalningar i regel inte blir utförda om det inte senast bankdagen före betalningens förfalldag finns tillräckligt med pengar på kontot. Om betalning ändå görs har banken rätt att ta ut ränta och avgifter för den skuld som därigenom uppstår. Före första betalningen får försäkringstagaren meddelande om när och med vilka belopp kommande överföringar görs. Motsvarande meddelande lämnas om belopp eller förfalldag skall ändras. Om jag inte medger ett enstaka uttag skall jag informera SH Pension senast två bankdagar före förfalldagen. Stopp av alla uttag sker genom att jag underrättar banken senast två dagar före förfalldagen. Medgivandet gäller tillsvidare. Det upphör senast fem dagar efter att jag skriftligen återkallat det hos SH Pension. För betalningsöverföring fordras att banken godkänner att kontot kan användas för autogiro. Banken eller betalningsmottagaren får under vissa förutsättningar avbryta kontots anslutning till autogiro. Jag medger också att bankgirocentralen BGC AB har rätt att ta del av mina adressuppgifter i banken. I övrigt gäller de fullständiga villkoren för autogiro.

Betalningen önskas månadsvis via autogiro från bankkonto

Jag har tagit del av bestämmelserna för betalning via autogiro enligt villkoren ovan och bekräftar detta genom namn/firmateckning

Clearingnummer	Bankkontonummer	Bankens namn
Ort och datum	Betalarens underskrift	

## Betalningssätt om ej autogiro

Betalningen önskas via inbetalningskort per:  Kvartal  Halvår  Helår

## Underskrift

Försäkringens omfattning framgår av förköpsinformationen som överlämnas av vår försäkringsrådgivare, hämtas på vår hemsida eller beställs på telefon. De uppgifter som lämnas i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Sökanden är medveten om de förutsättningar som gäller för försäkringens tecknande och dess giltighet. Dag då SH Pension mottagit anmälan räknas som inträdesdag i gruppförsäkringen om inte den sökande anger önskemål om senare inträdesdag. Detta gäller dock under förutsättning att ansökan är komplett och godkänd. Jag är medveten om att de vid försäkringens tecknande befintliga sjukdomstillstånd/olycksfall samt förvärrande av sådana sjukdomstillstånd/olycksfall inte omfattas av försäkringen. Jag bekräftar även att jag har tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av mina personuppgifter.

Ort och datum

Namnteckning försäkrad

Namnteckning medförsäkrad

## Så behandlar vi dina personuppgifter

Trygg-Hansa Försäkring filial är personuppgiftsansvarig för behandlingen av dina personuppgifter. Personuppgifterna kan innehålla information om din hälsa. Vi behandlar dina personuppgifter för att administrera din försäkring, till exempel för att kunna beräkna premier, betala ut ersättning om du drabbas av en skada samt göra analyser och beräkningar på statistiskt material. Läs gärna hela vår "Information om behandling av personuppgifter" på [trygghansa.se/personuppgifter](http://trygghansa.se/personuppgifter). Där kan du bland annat se vilka uppgifter vi använder för vilka ändamål, vilka parter vi delar dina uppgifter med och vilka rättigheter du har gällande dina personuppgifter. Om du inte har tillgång till internet kan du ringa vår kundservice på 0771-111 110 för att få informationen. Du är alltid välkommen att kontakta vårt dataskyddsbud om du har frågor eller vill ha hjälp. Skriv till [dpo@trygghansa.se](mailto:dpo@trygghansa.se).