

**Försäkrad** (sökande)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och Ort	Epost

**Medförsäkrad** (make/maka/sambo/registrerad partner)

Namn	Personnummer
------	--------------

**Premie**

För premieuppgifter vänligen kontakta SH Pension på kontakt@shpension.se eller telefon 010 - 471 87 70.

**Hälsodeklaration**

Är du fullt arbetsför?*	Är make/maka/sambo/registrerad partner fullt arbetsför?*
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<p>* 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 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 hen inte heller vara fullt arbetsför. Anställd som inte är fullt arbetsför vid tidpunkt för tecknandet av försäkringen omfattas när försäkrad under tre månader i följd inte varit arbetsoförmögen mer än 15 dagar i följd. Observera att försäkringen inte gäller för de sjukdomstillstånd/olycksfall som du redan har när du tecknar försäkringen.</p>	

**Nedanstående fylls i av SH Pension**

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

## Betalning via autogiro

Premiebetalning ska enligt anmälan ske via autogiro från angivet bankkonto. Betalningen får belasta kontot tidigast bankdagen före förfallodagen. 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 förfallodag 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 förfallodag ska ändras. Om jag inte medger ett enstaka uttag ska jag informera SH Pension senast två dagar före förfallodagen. Medgivandet gäller tills vidare. 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.

Cleraringnummer	Bankkontonummer
Bankens namn	Ort och datum
Betalarens underskrift	

## Betalningsätt om ej autogiro

Betalning 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 inte omfattas av försäkringen. Jag bekräftar även att jag tagit del av förköpsinformationen inklusive upplysning om behandling av mina personuppgifter.

Ort och datum

Underskrift försäkrad

---

---

Underskrift medförsäkrad

---