

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Telefon (även riktnummer)
Postnummer och ortnamn	Är företaget anslutet till Svensk Handel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Tel	E-post	

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Tel	E-post	

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Tel	E-post	

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Tel	E-post	

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Tel	E-post	

**Försäkringens omfattning framgår av förköpsinformationen som ska delas ut till de försäkrade av arbetsgivaren. Försäkringsgivare är Codan Försäkring A/S genom Trygg-Hansa Försäkring filial (org.nr. 516404-4405).**

### Intygande om full arbetsföret\* hos de som ska försäkras samt underskrift

\* 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 den/de försäkrade redan har när försäkringen tecknas. Med nedanstående underskrift bekräftas även att vi har tagit del av förköpsinformationen inklusive behandling av de försäkrades personuppgifter.

Ort och datum	Företagets namn
Namn-teckning personalansvarig	Namnförtydligande