

Företaget

Företagets namn	Organisationsnummer	Gruppavtalnummer
-----------------	---------------------	------------------

Medlem/anställd

Medlems/anställdes efternamn, förnamn	Personnummer	Anställd fr o m år/månad
Telefonnummer	E-postadress	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Medförsäkrad

Medförsäkrad make/maka/sambo eller partner, efternamn, förnamn	Personnummer
--	--------------

Barn

Barnets namn	Barnets personnummer

Markerade rader anger försäkringsnivåer som kan tecknas mot full arbetsförhet inom tre månader vid nytt medlemskap/nyanställning.

Pbb = Prisbasbelopp, fastställs varje år av regeringen och är för 2025: 58 800 kronor.

Grupplivförsäkring inklusive barngruppliv (50 000 kr)

Dödsfallskapital	-65 år	Medlem/Anställd
2 pbb	9 kr	<input type="checkbox"/>

Kan tecknas fram till 65 år, slutålder 65 år.

Sjukkapital inklusive engångskapital	-65 år	Medlem/Anställd
5 pbb	14 kr	<input type="checkbox"/>

Kan tecknas fram till 60 år, slutålder 65 år.

Olycksfall dygnet runt	-65 år	Medlem/Anställd
Medicinsk/ekonomisk invaliditet		
1 000 000 kr	36 kr	<input type="checkbox"/>
1 600 000 kr	44 kr	<input type="checkbox"/>

Kan tecknas fram till 65 år, slutålder 65 år.

Tänk på!

Beloppen gäller för år 2025. Observera att karens, begränsningar och reduktion av ersättningsbeloppen kan finnas för vissa försäkringar, se förköpsinformation. Du ansvarar själv för att ansöka om ändrat försäkringsbelopp i sjukförsäkringen vid inkomständering. Mer information hittar du på www.folksam.se/forsakringar/anstalld-i-foretag/solakrabyn-forening

Hälsodeklaration

För detaljerad information om när hälsodeklaration ska lämnas, se förköpsinformationen.

Är du fullt arbetsför?

Gruppmedlem/anställd

Ja Nej

Fullt arbetsför

För att anses som fullt arbetsför ska den försäkrade utan inskränkningar kunna fullfölja sitt vanliga arbete på arbetsplatsen eller i hemmet.

Fullt arbetsför är *inte*:

- den som har hel eller partiell sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller motsvarande
- den som har vilande sjukersättning eller motsvarande
- den för vilken vårdbidrag beviljats

Underskrift ansökan

Datum och ort

Underskrift av gruppmedlem/anställd

Namnförtydligande