

Blanketten sänds till:

carl.rosen@soderbergpartners.se

Ombud nr och namn /mäklares namn och adress (kopia på mäklarfullmakt ska bifogas)

Uppgifter försäkrad/försäkringstagare

Försäkrad/ Försäkrings- tagare	Förnamn och efternamn		Personnummer (10 siffror)	
	Utdelningsadress		Telefonnummer	
	Postnr och ortnamn			
	E-postadress			
Premiebetalare (om annan än försäkrings- tagaren)	Namn/Förening		Organisationsnummer	Kontaktperson och telefonnr
	Utdelningsadress		Postnr och ortnamn	
Idrott	Idrottsgren SGF Elitgolf			
Giltighetstid	Årsförsäkring ska gälla fr o m - datum			
	Vid årsförsäkring gäller försäkringen tidigast dagen efter Folksam mottagit ansökan och ett år framåt.			
Ansökan avser (endast Vårdkost- nadsförsäkring, sätt kryss för vald omfattning BAS+Extra)	Vårdkostnader		Försäkringsbelopp	
	<input type="checkbox"/> BAS + Extra		Bestående avbrottsersättning, kr	Invaliditetsersättning, kr
	Tillfällig avbrottsersättning, månadslön, kr		Dödsfallsersättning, kr	
	Karenstid		Valt försäkringsbelopp, kr	
	<input type="checkbox"/> 30 dagar <input type="checkbox"/> 60 dagar <input type="checkbox"/> 90 dagar			
	Total premie, kr			
Hälsförklaring (Fråga 1 och 2 ska alltid besvaras)	1. Jag som söker denna försäkring intygar att jag är fullt arbetsför (idrott) vid det datum som står nedan vid ort och datum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	2. Har du tidigare varit arbetsoförmögen (idrott) under mer än 14 kalenderdagar i en följd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	Vid "Nej" på fråga 1 – fyll i de två senaste idrottsavbrotten som orsakats av skada eller sjukdom på mer än 14 kalenderdagar och orsaken till avbrotten.			
	Vid "Ja" på fråga 2 – fyll i de två senaste idrottsavbrotten som orsakats av skada eller sjukdom på mer än 14 kalenderdagar och orsaken till avbrotten.			
	Period 1			
	Från och med		Orsak	
	Till och med			
	Period 2			
	Från och med		Orsak	
	Till och med			
Jag har läst och förstått försäkringsvillkoren. Jag är medveten om att försäkringen inte gäller för sjukdom eller olycksfall som inträffat före det att försäkringen träder ikraft.				
Inte heller för följer av sjukdom eller olycksfall som visar sig först efter att försäkringen har trätt ikraft.				
Ort och datum		Namnteckning		

De uppgifter som du lämnat ligger till grund för avtalet och kommer att registreras hos Folksam.