
Ankomstdatum

AVBROTTSFÖRSÄKRING VID ARBETSOFORMÅGA FÖR FÖRETAGSKUNDER

FÖRSÄKRINGSTAGARE/FÖRETAG

Företagets namn		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	
E-post		Telefon
Försäkrad person		Personnummer

Begynnelsedag	Försäkringsbelopp	Premie
---------------	-------------------	--------

JAG HAR FÅTT FÖRHANDSINFORMATION OM FÖRSÄKRINGEN

<input type="checkbox"/> Produktfaktablad	<input type="checkbox"/> Försäkringsvillkor	<input type="checkbox"/> Önskar inte nämnda uppgifter
-------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------

UNDERSKRIFT

_____ Ort och datum		_____ Namnteckning, företrädare för företaget
------------------------	--	--------------------------------------------------

AVBROTTSFÖRSÄKRING VID ARBETSOFORMÅGA

FÖRSÄKRAD

Försäkrad person	Personnummer
Adress	
E-post	Telefon

Intygande över full arbetsförhet

Jag intygar härmed att jag är fullt arbetsför, det vill säga:

- inte varit sjukskriven, varken helt eller delvis, i mer än 30 dagar i följd under de senaste 24 månaderna
- att jag kan fullgöra mitt vanliga arbete utan inskränkningar
- att jag inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning
- att jag inte har av hälsoskäl någon form av subventionerad anställning.

Jag är medveten om att om det under försäkringstiden konstateras att oriktiga eller ofullständiga uppgifter har lämnats vid nyteckning av försäkringsavtal kan försäkringsgivaren bli fri från ansvar för inträffade försäkringsfall.

Jag är även medveten om att ersättning inte lämnas för arbetsoförmåga till följd av skada eller sjukdom som anses ha börjat innan försäkringen trädde i kraft.

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Jag ger mitt samtycke till att läkare, sjukhus, hälsovårdscentraler, rådgivningsbyråer, enheter för företagshälsovård, mentalvårdsbyråer och privata sjukvårdsinrättningar, som undersökt och vårdat mig, samt andra försäkringsbolag och försäkrings- och pensionsanstalter utlämnar nödvändiga uppgifter som berör mitt hälsotillstånd till Ålands Försäkringar Ab för behandling av denna ansökan och eventuella ersättningsärenden. För att få de uppgifter som behövs kan försäkringsbolaget överlåta detaljerade uppgifter som berör mitt hälsotillstånd och försäkring till ovannämnda inrättningar. Vid förfrågningar från Försäkringskassan gäller mitt bifall endast uppgifter som behövs för behandling av ersättningsärenden.	Jag ger mitt samtycke och försäkrar att de uppgifter jag uppgett är riktiga _____ Ort och datum _____ Försäkrads namnteckning
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HANTERING AV PERSON- OCH SKADEUPPGIFTER

Försäkringsbolaget behandlar sina kunders personuppgifter i enlighet med vid varje tidpunkt gällande dataskyddslagstiftning och ser i sin verksamhet till att integritetsskyddet och försäkringsbolagssekretessen iakttas.

En närmare beskrivning av hur personuppgifter behandlas inom Försäkringsbolaget finns i bolagets personuppgiftspolicy. Personuppgiftspolicyn kan läsas i sin helhet på bolagets hemsida www.alands.se