

Ansökan om försäkring vid arbetsoförmåga

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 2 åren, att jag kan fullgöra mitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte får ersättning som har samband med egen sjukdom, skada eller funktionshinder eller har vilande sådan ersättning och att jag inte har av hälsoskäl, gentemot arbetsgivaren, någon form av subventionerad anställning.

Jag är medveten om att om det under försäkringstiden kan konstateras att oriktiga eller ofullständiga uppgifter har lämnats vid nyteckning eller ändring kan försäkringsgivaren bli fri från ansvar för inträffade försäkringsfall. Intygande om full arbetsförhet gäller inte för längre tid tillbaka än anställningen varat. Detsamma som ovan gäller vid ändring av försäkringen med skillnaden att perioden för eventuell sjukskrivning begränsas till mer än 14 dagar i följd den senaste tremånadersperioden.

Jag medger att läkare, tandläkare eller annan vårdpersonal, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna försäkringsgivaren de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som försäkringsgivaren anser sig behöva för sin handläggning. Försäkringsgivaren får dessutom använda tidigare kända uppgifter om mig ur andra av dem handlagda försäkringsärenden.

Uppgifterna behandlas enligt PUL, personuppgiftslagen.

Namn _____ Personbeteckning _____

Postadress _____ Postnummer och ort _____

Telefon _____

Arbetsgivare _____ Organisationsnummer _____

Postadress _____ Postnummer och ort _____

Telefon _____

Ort och datum _____

Signatur _____