

Ansökan om gruppavtal för sjukvårdsförsäkring

Moderna

Ansökan avser:

Ny ansökan Ändring av försäkring nr:

Försäkringstagare

Företagets namn		Organisationsnr
Besöksadress	Postnr	Postort
Telefon	E-post	
Kontaktperson på företaget samt befattning		

Sökt försäkring och anslutningsform

Har ni eller har ni haft sjukvårdsförsäkring i annat bolag?

Nej Ja, nämligen (ange bolag samt förfalldatum)

Hur vill ni att medlemmarna ska vara anslutna till Modernas sjukvårdsförsäkring?

Frivillig anslutning via egen ansökan (ansökan sker via blankett)
 Obligatorisk anslutning av alla gruppmedlemmar som uppfyller anslutningsvillkoren.
 Obligatorisk anslutning av vissa anställda/medlemmar, ange särskilda kriterier nedan.

om frivillig anslutning valts, ska även make/maka/registrerad partner/sambo kunna söka försäkring? Ja Nej

Änge önskemål om senarelagt startdatum (år,mån,dag) :

Premiebetalning

Änge hur ni önskar betala försäkringspremien: Premien betalas av företaget/organisationen

Premien betalas i förskott av företaget/organisationen: Helårsvis Halvårsvis Kvartalsvis

Gruppen och anslutningsvillkoren

- Gruppavtalet kan börja gälla tidigast dagen efter ansökan postades till Moderna, förutsatt att ansökan godtas av försäkringsbolaget.
- Vid frivillig anslutning genom egen ansökan börjar försäkringen gälla dagen efter ansökan postades till Moderna, förutsatt att ansökan godtas av försäkringsbolaget.
- Vid obligatorisk anslutning börjar försäkringen gälla för gruppmedlem som uppfyller alla villkor för anslutning den dag då gruppavtalet träder i kraft. Vid senare inträde i gruppen börjar försäkringen gälla vid inträdet under förutsättning att alla villkor för anslutning då är uppfyllda. Gruppmedlem som inte uppfyller alla villkor för anslutning vid gruppavtalets ikraftträdande eller senare inträde i gruppen kan anslutas vid ett senare tillfälle om alla villkor för anslutning då uppfylls.
- Försäkringen kan inte tecknas för färre än 5 gruppmedlemmar.
- För att kunna anslutas till Modernas Sjukvårdsförsäkring krävs att varje gruppmedlem/medförsäkrad (a) är fullt arbetsför* (b) är folkbokförd inom Norden (c) omfattas av allmän sjukvård genom nordisk försäkringskassa och (d) inte har fyllt 65 år.

* fullt arbetsför är den som inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra sitt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.

Underskrift av firmatecknare för företaget eller organisationen

Med min underskrift intygar jag att alla uppgifter i denna ansökan är fullständiga och rättvisande. Alla personer som jag ansöker till detta gruppavtal är fullt arbetsföra enligt 5. nedan. Uppgifterna i ansökan skall ligga till grund för avtalet. Jag är medveten om att om någon av uppgifterna är ofullständig eller missvisande så kan gruppavtalet bli ogiltigt, försäkringsersättningen reduceras eller utebli samt avtalet sägas upp till ändring eller upphörande. Jag intygar även att jag läst försäkringsinformationen.

Ort och datum	Underskrift
Befattning	Namnförtydligande

Underskrift av försäkringsfömedlare

Ort och datum	Underskrift
Förmedlare	Namnförtydligande