

# ANSÖKAN/ÄNDRING AV SJUKFÖRSÄKRING

Besvara alla frågor fullständigt.

Skicka den fullständigt ifyllda ansökan med hälsodeklaration till:

Movestic Liv & Pension  
Box 7853, 103 99 Stockholm



Ansökan avser:  Nyansökan  Ändring av sjukförsäkring nr:

## A Den som ska äga försäkringen (försäkringstagaren)

Tilltalsnamn och efternamn alt. firmanamn:		Personnummer alt. organisationsnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon på arbetet:	Mobiltelefonnummer:

## B Den som ska försäkras Samma person som ovan

Tilltalsnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon på arbetet:	Mobiltelefonnummer:

## C Anställningsförhållanden

Ange dina anställningsförhållanden: <input type="checkbox"/> Anställd i eget aktiebolag   Egen företagare i: <input type="checkbox"/> enskild firma <input type="checkbox"/> handelsbolag <input type="checkbox"/> kommanditbolag			
Företaget/rörelsens namn:	Organisationsnummer	Datum då rörelsen startade:	
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:	
Tillhör du frikretsen? Till frikretsen hör anställd aktieägare som äger minst 1/3 av bolaget (ensam eller med make, förälder eller barn), delägare i handelsbolag, komplementär i kommanditbolag eller enskild näringsidkare. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Ange din aktuella årliga arbetsinkomst. Med arbetsinkomst avses stadigvarande inkomst av eget arbete vid normal arbetstid inklusive semesterersättning men inte skattepliktiga förmåner som bil, kost och logi.			kr / år

## D Sökt försäkring

Ange vilken ersättningsnivå du vill att försäkringen ska gälla för: <input type="checkbox"/> ITP-nivå <input type="checkbox"/> Max-nivå <input type="checkbox"/> Konsolideringsnivå		
Har du, eller har du sökt, sjukförsäkring i ett annat försäkringsbolag? Om Ja, ange vilket försäkringsbolag, belopp och karens. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Försäkringsbolag:	Månadsbelopp:	Karens:
Försäkringen börjar gälla dagen efter att ansökan postats till Movestic under förutsättning att den sökta försäkringen kan beviljas enligt Movestic regler. Om försäkringen ska börja gälla vid ett senare datum ange datumet nedan. <input type="checkbox"/> Senare datum (längst 3 månader efter undertecknandet):    år:                    mån:                    dag:		

## E Underskrift av den som ska äga försäkringen (firmatecknare för juridisk person) och av den som ska försäkras

*Jag intygar att alla uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktig eller ofullständig kan försäkringen bli ogiltig eller så kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras.*  
*Jag samtycker till att Movestic får utföra all behandling och registrering av mina personuppgifter som behövs för att behandla min ansökan, administrera beviljade försäkringar och sammanställa statistik. Personuppgifterna får lämnas till Movestic samarbetspartners, medicinska rådgivare och de återförsäkringsbolag som Movestic anlitar.*  
*Jag har tagit del av förköpsinformation och försäkringsvillkor för försäkringen.*

<b>Underskrift av den som ska äga försäkringen</b>		<b>Underskrift av den som ska försäkras</b>	
Ort	Datum	Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande	Underskrift	Namnförtydligande