

Ansökan People Abroad



FÖRSÄKRINGSTAGARE

För- och efternamn	Personnummer (10 siffror)	Försäkringsnummer
Utdelningsadress i Sverige	Telefon	
Postnummer och ort	Mejl	
Folkbokförd (land)	Vistelseland för arbete/studier	

UPPGIFT OM VAR PREMIEAVI SKA SÄNDAS Aviseringsadressen måste vara svensk

Namn (om annan än försäkringstagaren)/företag	Telefon
Utdelningsadress	Postnummer och ort

BETALNINGSSÄTT

Helår Halvår Kvartal Månadskonto, ange konto hos If eller eget bankkontonummer: _____
Personnummer och namn på kontoinnehavare (om annan än den försäkrade): _____

GILTIGHETSTID

Från vilket datum ska försäkringen börja gälla? (År mån dag) Slutdatum, gäller endast korttidsförsäkring. (År mån dag)

Årsförsäkring förnyas automatiskt tills den sägs upp, dock längst i fem år

SYSSELSÄTTNING

Vilken av följande kategorier tillhör du under försäkringstiden utomlands?

- Anställd Egen företagare Studerande Working Holiday Visum Medföljande familjemedlem*

Arbetsgivarens/skolans namn och adress i utlandet. Måste alltid fyllas i.

Val av omfattning

- Grund** Läge- och resekostnader, Akut tandvård, Hemtransport, Reseavbrott, Närståendes resa och Kristerapi.
- Standard** Omfattar det som ingår i Grund, och även Resgods, Hemförsäkring, Privat Rättsskydd, Privat Ansvar samt Överfallsersättning.
- Tillägg** Dödsfall vid olycksfall Medicinsk invaliditet vid olycksfall Ekonomisk invaliditet vid olycksfall

Självriskerna för Läke- och resekostnader, Akut tandvård, Privat ansvar och Resgods är 500 kr. Om du önskar en annan självrisk eller vill ändra försäkringsbelopp, kontakta If Företag Kundcenter. Telefonnumret hittar du längst ned på denna blankett. För mer information om produktinnehåll samt valbara försäkringsbelopp och självrisker hänvisar vi till vår hemsida, If.se.

* Som familjemedlem räknas make/maka/sambo och barn. Den man är medföljande till måste ha en gällande People Abroad försäkring hos If.

HÄLSOFÖRKLARING FÖR VUXNA (FYLLDA 16 ÅR)

För en person som inte fyllt 16 år ska en annan blankett fyllas i, kontakta If i så fall.

VEM SKA FÖRSÄKRAS?

Namn	Personnummer	Telefon dagtid
Adress		Mejl

HÄLSODEKLARATION

1. Längd i cm	Vikt i kg	
2. Är du fullt arbetsför?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej*
Med fullt arbetsför menas att du ska kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar och att du vid datum för anslutning till försäkringen inte: – är sjukskriven – uppbär sjukersättning – uppbär aktivitetsersättning		*Om du svarat "nej" komplettera på baksidan
– har lönebidragsanställning eller liknande anställning – inte har anpassat arbete på grund av hälsoskäl – inte har anpassad skolgång på grund av hälsoskäl.		
3. Har du, eller har du tidigare haft, någon sjukdom, skada, fysiska eller psykiska besvär, annat kroppsfel (inkl. syn- och hörsselfel), alkohol-/ läkemedels/ narkotikaberoende eller uppbär du handikappersättning?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan
4. Har du under de senaste tre åren varit sjukskriven (helt eller delvis) mer än 14 dagar i följd?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan
5. Har du under de senaste tre åren undersökts eller behandlats på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdpersonal (hit räknas även kiropraktor, naprapat, psykolog eller liknande)?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan
Du behöver inte uppgive undersökning och behandling som rör normal graviditet och förlossning och inte heller hälsoundersökning som inte föranletts av sjukdom/besvär och där inget avvikande framkommit.		
6. Använder du något receptbelagt läkemedel? (Gäller ej p-piller.)		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan
7. Är det planerat att du skall genomgå någon kontroll, behandling eller operation?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan
8. Har du utöver det du redan uppgett något fel, eller misstänker att du har något fel, på inre organ, fysiskt eller psykiskt handikapp, sjukdom, besvär eller annat kroppsfel?		<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nej *Om du svarat "ja" komplettera på baksidan

UNDERSKRIFT

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande
Målsmans underskrift (Om den sökande är under 18 år)	Namnförtydligande

Inhämtad information kommer att arkiveras hos If. Om ansökan inte godkänns arkiveras informationen hos If i 6 månader. Personuppgifterna hanteras enligt Personuppgiftslagen (PUL).

KOMPLETTERINGAR TILL FRÅGA 2–8. ALLA FÖLJDFRÅGOR MÅSTE BESVARAS.

Samtliga sjukdomar, skador, handikapp och undersökningar ska uppges. Ange frågans nummer och besvara följdfrågorna.

Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	
Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	
Fråga nr	Vilken sjukdom, skada eller handikapp gäller det?	
Vilken var anledningen till undersökningen/arbetsförmågan?	Under vilka tider var du sjuk/sjukskriven?	
När undersöktes, kontrollerades eller behandlades du?	Vilken läkare, vårdcentral eller vårdinrättning har anlitats?	
Vilken behandling (inklusive medicinering) har du fått?	Vad har läkare/sjuksköterska kallat besvären?	
Är du symtomfri? Om "ja" sedan när?	Kvarstående men eller besvär?	

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR/KOMPLETTERINGAR

Om du behöver komplettera med något från blankettens övriga frågor, använd då eget papper, skriv frågans nummer, namn och personnummer på den som ska försäkras upptill på papperet och skriv sedan under med din namnteckning och datum.

UNDERSKRIFT

Uppgifterna jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag förstår att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Målsmans underskrift (Om den sökande är under 18 år)

Namnförtydligande

Inhämtad information kommer att arkiveras hos If. Om ansökan inte godkänns arkiveras informationen hos If i 6 månader. Personuppgifterna hanteras enligt Personuppgiftslagen (PUL).

ANSÖKAN OCH HÄLSOFÖRKLARING SICKAS TILL



If Företag Kundcenter
Box 190, 851 03 Sundsvall
Telefon: 0771-56 00 00
Mejl: kcforetagnor@if.se

Fylls i av ansvarig säljare/försäkringsrådgivare vid behov:
Säljkod/mäklarkod Ombudskod