SÄKRA

Var god texta! Får ej fyllas i med blyertspenna

Påanmälan/Avanmälan obligatorisk försäkring

Grunduppgifter

Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer	Kontaktperson	Telefonnummer

Personalförteckning (vilka som ska försäkras)

Följande personer ingår i den försäkringsberättigade gruppen och ska omfattas av försäkringen. Förteckning kan lämnas även på annat sätt förutsatt att samtliga nedan efterfrågade uppgifter framgår.

Namn	Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)	Anställd/Påanmälan (ÅÅMMDD)	Anställning upphör/Avanmälan (ÅÅMMDD)	Definierad grupp	Övrig notering t ex resultatställe

Underskrift och intygande av försäkringstagaren (behörig firmatecknare)

Genom underskrift av detta avtal intygar försäkringstagaren följande:

De personer som angetts i personalförteckningen till detta avtal ingår i den försäkringsberättigade gruppen. Vi är medvetna om att en person inte kommer att omfattas av det valda försäkringsskyddet förrän dagen då vi anmält denne till Säkra. Vi åtar oss att löpande informera Säkra om någon person som angetts i personalförteckningen inte längre ingår i den försäkringsberättigade gruppen eller om någon person tillkommer.

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Ifylld och underskriven blankett ska vara Säkra AB tillhanda senast 30 dagar efter underskrift. Säkra AB, Box 3098, 550 03 Jönköping