

Ändring/Uppsägning av försäkring

Grunduppgifter

Företag / Namn		Org.nr / Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Ärendet gäller <input type="checkbox"/> Ändring <i>Specificera under avsnitt A</i>		Från och med datum ¹
<input type="checkbox"/> Uppsägning av de försäkringsmoment som anges nedan <input type="checkbox"/> Uppsägning av hela avtalet <i>Specificera under avsnitt B</i>		
Försäkringsmoment - Ärendet gäller följande försäkringsmoment (vid ändring av belopp ange endast ett försäkringsmoment per anmälan)		
<input type="checkbox"/> Livförsäkring	<input type="checkbox"/> Sjukförsäkring	<input type="checkbox"/> Barn- & Gravidförsäkring
<input type="checkbox"/> Vårdförsäkring	<input type="checkbox"/> Olycksfallsförsäkring	<input type="checkbox"/> Tandvårdsförsäkring
<input type="checkbox"/> Sjukkapital	<input type="checkbox"/> Sjuk- & Olycksfallsförsäkring	<input type="checkbox"/> Sjukavbrottsförsäkring ⁶
		<input type="checkbox"/> Vårdförsäkring Barn
		<input type="checkbox"/> Cancervårdsförsäkring
		<input type="checkbox"/> Diagnosförsäkring
Försäkrad som ärendet gäller		Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)

¹Vänligen notera att en försäkring inte kan avslutas retroaktivt utan tidigast den dag Säkra AB mottagit uppsägningen.

Ändring av belopp **A**

Nytt belopp för självrisk (kr) ²	Nytt försäkringsbelopp (pbb) ³	Nytt belopp för ersättning per månad (kr) ⁴
Är du fullt arbetsför? ⁵ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

²För sänkning av självrisk krävs att den försäkrade är fullt arbetsför.

³För ökning av pbb krävs att ny ansökan skickas in (gäller ej Olycksfallsförsäkring).

⁴Gäller endast Sjukförsäkring och Sjukavbrottsförsäkring.

⁵För att anses som fullt arbetsför ska du kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Om du till någon del är sjukskriven, har beviljats sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

⁶Hälsodeklaration (sid 2) ska bifogas vid ändring av försäkringsbelopp på Sjukavbrottsförsäkring.

Annan typ av ändring **A**

Beskriv ditt ärende (t ex byte från Sjuk- & Olycksfall till Olycksfall)

Ändring av premiebetalare **A**

Företag / Namn	Org.nr / Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)
Adress	
Telefonnummer	E-post

Uppsägning **B**

Orsak till uppsägning

Återbetalning av premie ska ske till ett av alternativen nedan

Plus- eller Bankgiro	Bankkonto		
	Clearingnr.	Kontonr.	Bank

Intygande

De uppgifter jag lämnat i denna ansökan ligger till grund för försäkringsavtalet.		
Jag är medveten om att riktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att uppgifterna i denna ansökan som Säkra AB erhåller samt eventuellt riskbedömningsresultat får delges bolagets anlitade återförsäkringsbolag.		
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Försäkrads underskrift	Försäkrads namnförtydligande
Vid ändring av premiebetalare eller uppsägning av försäkring		
Ort och datum (ÅÅ-MM-DD)	Kontaktperson på företaget	Kontaktpersonens namnförtydligande

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

Frågor om din hälsa - vid ändring av försäkringsbelopp på Sjukavbrottsförsäkring

Fylls i personligen av dig som ska försäkras.

Om valt belopp är mindre än 40 000 SEK behöver du endast besvara fråga 1.

Frågor	Försäkrad	
	JA	NEJ
1. Är du fullt arbetsför?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du under de senaste tre åren vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts på sjukhus, vårdcentral, behandlingshem eller annan vårdinrättning, eller i övrigt anlitat läkare eller annan vårdgivare (till exempel sjukgymnast, naprapat, kiropraktor, psykolog, psykoterapeut eller liknande)? Om Ja, komplettera med uppgifter under <i>kompletterande uppgifter</i> nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Använder du någon receptbelagd medicin? Om Ja, komplettera med uppgifter under <i>kompletterande uppgifter</i> nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du under de senaste tre åren varit helt eller delvis sjukskriven mer än 14 dagar i följd? Om Ja, komplettera med uppgifter under <i>kompletterande uppgifter</i> nedan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Röker du dagligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Om du rökt, vilket år slutade du?	År	<input type="text"/>
7. Längd	<input type="text"/>	cm
8. Vikt	<input type="text"/>	kg

Svar du JA på någon av frågorna 2 – 4 skall du även svara på de kompletterande frågorna nedan.

*För att anses som fullt arbetsför ska du kunna fullgöra ditt vanliga arbete utan inskränkningar. Om du till någon del är sjukskriven, har beviljats sjuklön, sjuk- eller rehabiliteringspenning, aktivitetsersättning, sjukersättning eller liknande ersättning eller minst halv arbetsskadelivränta är du inte fullt arbetsför. Har du vilande aktivitetsersättning, vilande sjukersättning eller vilande, minst halv, arbetsskadelivränta anses du inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan är vilande.

Kompletterande uppgifter

Fråga 2 <ul style="list-style-type: none">▶ Orsaken till varför du har vårdats, behandlats, kontrollerats eller undersökts.▶ Tidpunkt?▶ Vilken läkare/vårdinrättning har du anlitat? Ange läkarens namn, adress, sjukhusnamn, avdelning eller klinik.▶ Är du helt återställd och utan besvär? Om ja, ange sedan när?▶ Om du inte är återställd, beskriv vilka besvär eller symtom som kvarstår?	Svar
Fråga 3 <ul style="list-style-type: none">▶ Vilken/vilka mediciner använder du?▶ Vilken orsak och dosering?	Svar
Fråga 4 <ul style="list-style-type: none">▶ För vilken sjukdom/skada/handikapp gällde sjukskrivningen?▶ Vilka tider har du varit sjukskriven eller haft sjukersättning eller liknande ersättning?	Svar