

Rehabiliteringsförsäkring med Samtalsstöd kan tecknas för fem anställda eller fler mot intygande av full arbetsförhet.

**» Avtalsinformation**

Startdatum	Ankom till Euro Accident, datum
------------	---------------------------------

**» Försäkringstagare**

Företagets namn	Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

**» Kontaktperson på företaget**

Kontaktperson	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

**» Företagsinformation**

Uppge statistik över sjukfrånvaro de två senaste åren. Sjukfrånvaro ska anges i procent av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid.

Föregående år		Året dessförinnan	
Total sjukfrånvaro	%	Total sjukfrånvaro	%
Varav långtidsfrånvaro 15 dagar eller mer	%	Varav långtidsfrånvaro 15 dagar eller mer	%

**» Betalning**

Försäkringen löper per kalenderår från den 1 januari till den 31 december.

<input type="checkbox"/> Helår	<input type="checkbox"/> Halvår	<input type="checkbox"/> Kvartal
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

**» Underskrift av försäkringstagare/arbetsgivare**

Ort och datum (ÅÅMMDD)	Underskrift
E-post	Namnförtydligande

**» Nedanstående uppgifter ifylles av försäkringsförmedlaren**

För information om när Euro Accident kräver hälsodeklaration, maximal ersättningsgrundande inkomst, beloppsbegränsningar gällande ersättningar med mera hänvisas till vid var tid gällande teckningsregler. Kontakta Euro Accident eller besök vår partnerwebb för mer information.

Förmedlingskontor	Organisationsnummer	Telefon
Försäkringsförmedlarens namn	Förmedlarkod	Bankgiro
Ansvarig assistent	E-post	

**Handlingarna skickas till:**

Euro Accident Livförsäkring AB  
Bäckgatan 16, 352 31 Växjö  
www.euroaccident.se

