Ansökan Expatriatförsäkring

EUROPEISKA ERV

Försäkring för utlandsplacerad personal

Blanketten ifylles av företaget.
För att försäkring ska kunna tecknas krävs både ifylld ansökningsblankett (del 1), samt kompletterande Registration Form (del 2).
Hälsodeklaration ska fyllas i av samtliga som ska ingå i försäkringen och skickas till Europeiska ERV.

1. FÖRETAG/ORGANISATION

Finns tjänstereseförsäkring hos Europeiska ERV?
☐ Ja, försäkringsnummer ☐ Nej

Företagets/Organisationens namn	Organisationsnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer / Ort	Land
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefonnummer
E-postadress	

2. FÖRSÄKRINGSOMFATTNING (SEK)

B LÄKEKOSTNADSFÖRSÄKRING - **OBS OBLIGATORISK**

För information om försäkringsinnehåll, se försäkringsöversikt.

Önskad försäkringsomfattning
☐ Basic ☐ Extended ☐ Premium

Omfattas företaget av kollektivavtal Svenskt Näringsliv/PTK (Läkekostnadsförsäkring för utlandsplacerade, LFU)?
☐ Ja ☐ Nej

TILLVAL

C. EFTERSKYDD (gäller i stationeringslandet och inom EU, dock ej i USA)	☐ Ja	☐ Nej
D. HEMRESA VID NÖDSITUATION/ERSÄTTARES RESA	☐ Ja	☐ Nej
E. TANDBEHANDLING	☐ Ja	☐ Nej
F. FÖREBYGGANDE HÄLSOVÅRD	☐ Ja	☐ Nej
G. BARNHÄLSOVÅRD	☐ Ja	☐ Nej
H. INVALIDITETS- OCH DÖDSFALLSERSÄTTNING (ange belopp dödsfall/invaliditet) ☐ Nej ☐ 100 000 / 300 000 ☐ 300 000 / 300 000 ☐ 400 000 / 400 000 ☐ 600 000 / 600 000 Önskas andra belopp än de nämnda, vänligen kontakta Europeiska ERV.		
I. ANSVARSSKYDD J. RÄTTSSKYDD	☐ Ja	☐ Nej
K. ÖVERFALLSSKYDD L. ERSÄTTNING VID KIDNAPPNING	☐ Ja	☐ Nej
M. TRYGGHETSPAKET	☐ Ja	☐ Nej
N. EGENDOMSFÖRSÄKRING ☐ Nej ☐ 100 000 ☐ _____ (max 1 000 000 /hushåll)		
O. RESESKYDD MED PRIVAT AVBESTÄLLNINGSSKYDD	☐ Ja	☐ Nej
Q. DÖDSFALLSERSÄTTNING PGA SJUKDOM OCH SMITTA Ersättning upp till SEK 400 000 vid dödsfall p.g.a sjukdom eller smitta under utlandstjänst	☐ Ja	☐ Nej

Vill du ha information om priser är du välkommen att kontakta Europeiska ERVs Sales support, tel 0770-457 970.

V.g.v

3. GILTIGHETSTID FÖR FÖRSÄKRINGEN

Önskad begynnelsedag (år/månad/dag) _____/_____/_____

Försäkringen förnyas automatiskt, med 1 år i taget, tills den sägs upp enligt villkor.

4. MEDDELANDEN TILL EUROPEISKA ERV

5. UNDERSKRIFT AV ARBETSGIVARE/GRUPPFÖRETRÄDARE

Datum	Namnteckning

6. IFYLLES AV EVENTUELL FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARE

Förmedlarnummer/Företag	
Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande

OBS. Förmedlarfullmakt ska bifogas ansökan.

För all behandling av personuppgifter tillämpas personuppgiftslagen (PuL). Europeiska ERV registrerar personuppgifter för att administrera försäkringen och tillgodose försäkringstagarnas önskemål.

Uppgifterna som lämnas på denna ansökan ligger till grund för Europeiska ERVs riskbedömning och premieberäkning. Ofullständiga eller oriktiga uppgifter som gör att Europeiska ERV tecknar försäkringen på felaktiga grunder kan medföra inskränkningar i försäkringens giltighet och omfattning.

Europeiska ERV förbehåller sig rätten att avsluta försäkringskontrakt om detta krävs på grund av lag eller bestämmelse eller om de försäkrade byter anställningsform eller placeringsort.

Ansökan, tillsammans med Registration Form skickas till Europeiska ERV.

EUROPEISKA ERV
Hantverkargatan 11B
112 21 Stockholm

corporate@erv.se
0770-457 970

3258-1-0118