

Företagets namn	Organisationsnummer
-----------------	---------------------

NAMN	PERSONNUMMER	DELÄGARE	DATUM INTRÄDE/ÄNDRING	PLAN	ENGÅNGSPREMIE	MÅNADSLÖN	FULLT ARBETFÖR*
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

* Villkor för full arbetsförhet, se baksidan.

Härmed intygar jag att lämnade uppgifter är korrekta

Datum	Firmatecknares underskrift	Namnförtydligande
-------	----------------------------	-------------------

FULL ARBETSFÖRHET

Full arbetsförhet innebär att den som ska försäkras ska kunna fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte till någon del har sjuklön från sin arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning, aktivitetsersättning, annan ersättning på grund av arbetsoförmåga eller uppbär minst halv arbetsskadelivränta. Om den som ska försäkras har vilande aktivitetsersättning, vilande tidsbegränsad sjukersättning, vilande sjukersättning eller vilande arbetsskadelivränta, anses denne inte vara fullt arbetsför under den tid som ersättningen eller arbetsskadelivräntan förklarats vilande. För att kravet på full arbetsförhet ska anses uppfyllt får den som ska försäkras inte ha varit arbetsoförmögen i mer än 15 dagar i följd under de närmaste 3 månaderna före tidpunkten för intygandet.