

Ofullständigt ifylld ansökan återsänds.

Fylls i av Länsförsäkringar

Avtalsnummer

Företagsuppgifter

Företagets/Organisationens namn (avtalspart)	Organisations-/Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid
Postnummer och ort	Mobiltelefon
Kontaktperson	E-postadress

Avtalsuppgifter

Datum för försäkringens ikraftträdande	Totalt antal försäkringsberättigade tjänstemän*		
Har ni tidigare varit ansluten till TGL? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", ange i vilket försäkringsbolag	Avtalsnummer	När upphör(de) försäkringen?

- * Försäkringsberättigad är
- i företag verksam ägare i aktiebolag (som äger minst 1/3 av aktierna själv eller tillsammans med make/registrerad partner, förälder eller barn)
 - i företag verksam ägare till enskild firma eller handelsbolag samt komplementären i kommanditbolag
 - samtliga anställda över 18 år.

Arbetsgivarförbund - Fylls i om ni är medlem i ett arbetsgivarförbund

Ange nedan i vilket arbetsgivarförbund ni är medlem. (Medlemskap i ett arbetsgivarförbund innebär att ni är bundna av kollektivavtal om TGL för era tjänstemän.)			
<input type="checkbox"/> SvN/PTK <input type="checkbox"/> HAO/Unionen <input type="checkbox"/> PVA-Unionen <input type="checkbox"/> TU/SJF/SJFR <input type="checkbox"/> BAO/Finansförbundet <input type="checkbox"/> FAO/FTF <input type="checkbox"/> KFS <input type="checkbox"/> TRS <input type="checkbox"/> APO			
Fr o m när är ni medlem? (år-månad)	Antal premiefriade	Om ni kryssat i SvN/PTK ska ni även besvara nästa fråga	Medlemsnummer i SvN/PTK

Kollektivavtal - Fylls i om ni träffat kollektivavtal med fackförbund (ej medlem i arbetsgivarförbund)

Om ni inte är medlem i ett arbetsgivarförbund men har tecknat kollektivavtal direkt med ett arbetstagarförbund (t ex SIF, SALF, HTF, CF eller Bankmannaförbundet), ska ni ange fackförbund och fr o m vilken tidpunkt avtalet gäller. Dessa uppgifter avgör enligt vilket kollektivavtal TGL ska tecknas.		
Med vilket fackförbund har ni träffat kollektivavtal?	Fr o m (år-månad)	Antal premiefriade

Övriga kommentarer

Underskrift av behörig firmatecknare

Firmatecknaren intygar att samtliga som anmäls till försäkringen är fullt arbetsföra. Fullt arbetsföra är den som	
<ul style="list-style-type: none">• kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall• inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning• inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.	
Undertecknad firmatecknare tecknar härmed försäkringsavtal avseende TGL-försäkring.	
Ort och datum	Telefon dagtid
Behörig firmatecknares underskrift	Namnförtydligande

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar,
Hälsa Kundservice, Postskanning, FE 1667, 838 83 Frösön

Uppgifter om säljare/förmedlare

Säljarens/förmedlarens namn	Företagsnamn (om förmedlare)		
Telefon	Datum	Bolagsnummer (om säljare)	Säljkod