

INTRESSEANMÄLAN FÖRETAGSFÖRSÄKRING MINI

- Försäkring genom Svenska estetikens yrkesförbund för dig som arbetar utan egen salong.

Försäkringen kan tecknas av dig som är medlem i Svenska estetikens yrkesförbund (SEYF).

➔ FÖRETAGSUPPGIFTER

Företagets namn | Organisationsnummer

Försäkringsställe (om du har flera försäkringsställen, bifoga en lista på samtliga)

Salong/Företag du arbetar på (stället/de ställen du arbetar på) | Gatuadress

Postnummer | Postort

Önskat startdatum för försäkringen

Har du under de senaste tre åren haft några skador som resulterat i att försäkringsersättning har utbetalats?

Ja Nej Om ja, bifoga beskrivning över antal skador, skadetyper, orsak, belopp m.m.

Arbetar du ute hos kund/på företag? Om ja, vad är värdet på den egendom du tar med dig dit (kr)?

Ja Nej

➔ PERSONUPPGIFTER/FÖRSÄKRAD PERSON

Namn | Efternamn | Personnummer - 10 siffror

Telefon dagtid | Mobil | Mejl

➔ FAKTURERINGSUPPGIFTER

Adress | Postnummer | Postort

Önskad betalning

Helår Halvår (4 % tillkommer på totala årspremien) Kvartal (6 % tillkommer på totala årspremien)

✓ BLANKETTEN POSTAS ELLER MEJLAS TILL

SEYF
Fabriksvägen 5
171 48 SOLNA

VID FRÅGOR

Inger Björn eller Kristina Gahnsby
Mejl info@nordic.se
Telefon 0470-75 12 00



svedea



➔ VERKSAMHET/VERKSAMHETER

Är verksamheten godkänd av SEYF? (fylls i av SEYF)

_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Datum: _____
			SEYF signatur: _____

➔ ÖVRIG INFORMATION

Jag intygar härmed att ovan lämnade uppgifter överensstämmer med min verksamhet. Jag är medveten om att förändringar i min verksamhet omgående ska anmälas till SEYF/Nordic Försäkring & Riskhantering AB då det ligger till grund för mitt försäkringsskydd.

Underskrift

_____	_____	_____
Ort och datum	Firmatecknarens namn	Namnförtydligande

OBS! Endast fullständigt ifyllt blankett kan behandlas. Kontrollera därför att alla uppgifter finns med.

✓ BLANKETTEN POSTAS ELLER MEJLAS TILL

SEYF
Fabriksvägen 5
171 48 SOLNA

VID FRÅGOR

Inger Björn eller Kristina Gahnsby
Mejl info@nordic.se
Telefon 0470-75 12 00

