Intresseanmälan medlemsförsäkring

Försäkring genom Svenska Estetikers Yrkesförbund, SEYF

(Försäkringen kan tecknas av dig som är medlem i SEYF)

Önskemål om startdatum på vald försäkring

- [ ] Ja, jag önskar teckna företagsförsäkringen
- [ ] Ja, jag önskar teckna företagsförsäkring mini
- [ ] Ja, jag önskar teckna fristående praktikförsäkring
- [ ] Ja, jag önskar teckna behandlingsskada m.m.
- [ ] Ja, jag önskar tilläggsförsäkringen för injektioner
- [ ] Ja, jag önskar teckna försäkring för anställd

Jag önskar betala

- ( ) per helår
- ( ) per halvår (tillkommer +4 % på årspremien)
- ( ) per kvartal (tillkommer +6 % på årspremien)

Uppgifter om dig som söker medlemsförsäkring

- [ ] Söker som egen företagare
- [ ] Söker som anställd

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Mobilnummer

Mejladress

Faktureringsadress

Företagets namn

Företagets organisationsnummer

Adress

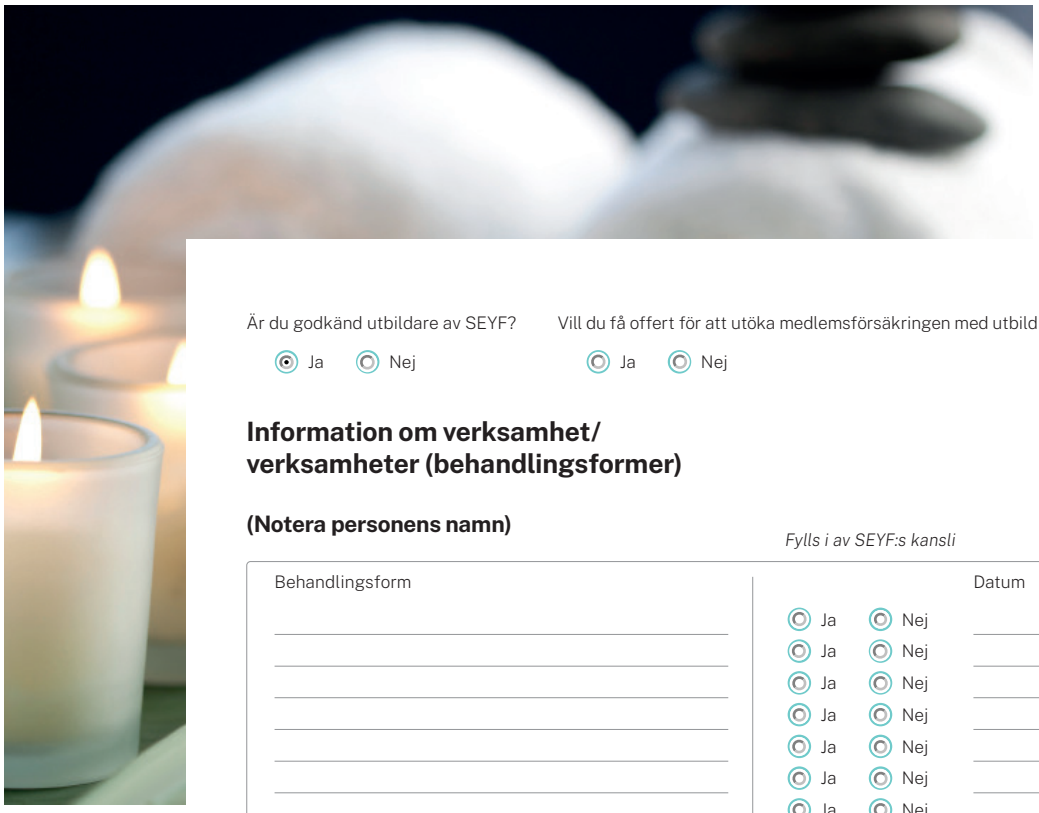
Postnummer

Postort

Lite mer information om ditt företag

Information om företagets maskiner/inventarier

Vad skulle det kosta att köpa ny och likvärdig egendom? Summa (exklusive moms):



Är du godkänd utbildare av SEYF? ○ Ja ○ Nej

Vill du få offert för att utöka medlemsförsäkringen med utbildningsverksamheten? ○ Ja ○ Nej

Information om verksamhet/ verksamheter (behandlingsformer)

(Notera personens namn)

Fylls i av SEYF:s kansli

Behandlingsform		Datum	SEYF:s signatur
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		
	○ Ja ○ Nej		

Övrig information

Underskrift

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 och Gallagher då det ligger till grund för mitt försäkringsskydd.

Ort och datum

Firmatecknarens namnteckning

Namnförtydligande

Mer info

Kontaktuppgifter

Posta eller mejla blanketten till
SEYF, Cementvägen 16, 136 50 JORDBRO
admin@seyf.se

Har du några frågor?
Inger Björn
se.gbg.info@ajg.com
0470-75 12 00