



ANSÖKAN

ABONNEMANG & PRIVATVÅRDSFÖRSÄKRING

White Label
Care

Ansökan avser:

Nyansökan Ändring av försäkring nr:

Förmedlare/mäkleri	Förmedlarkod
Mäklarens/förmedlarens namn	

A Anslutning (Som försäkrad söker jag om följande försäkringsgrupp):

<input type="checkbox"/> SILVER <input type="checkbox"/> GULD <input type="checkbox"/> PLATINUM Som försäkrad ansluter jag mig till följande WellCaremottagning: <input type="checkbox"/> Stockholm <input type="checkbox"/> Göteborg <input type="checkbox"/> Malmö	Hälsodeklaration ska alltid fyllas i och bifogas denna ansökan Antal hälsodeklarationer:
--	---

B Följande person skall omfattas av WellCare-anslutningen

Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon på arbetet:	Mobiltelefonnummer:
Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Med fullt arbetsför menas att du inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra ditt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.	

C Medförsäkrad (Som är folkbokförd inom EU/EES för Guld och Norden för Platinum)

Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Är du fullt arbetsför? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Med fullt arbetsför menas att du inte till någon del uppbär sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag, förtidspension, aktivitetsersättning, sjukersättning, skadelivränta, vårdbidrag, handikappersättning eller liknande ersättning samt kan fullgöra ditt vanliga arbete utan några inskränkningar eller särskilda anpassningar av hälsoskäl.	
Ange ditt förhållande till ovanstående sökanden (B): <input type="checkbox"/> Make <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Registrerad partner		

D Barn som ska försäkras

Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Är samtliga ovan nämnda barn fullt friska och inte har någon pågående eller planerad undersökning, behandling eller kontroll för konstaterat eller misstänkt hälsobesvär samt är folkbokförda enligt gällande krav <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

E Premiebetalning

Ange hur ni önskar betala försäkringspremien: <input type="checkbox"/> Premien betalas direkt av försäkringstagaren (B) <input type="checkbox"/> Premien betalas av företag/organisation	Kontaktperson på företaget, förnamn och efternamn:	
Företagets / organisationens namn:	Organisationsnummer:	
Adress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:	Telefon:	Faxnummer:

F Underskrift

Jag/vi intygar att alla uppgifter i denna ansökan är riktiga och fullständiga. Om någon av uppgifterna är oriktiga eller ofullständiga kan försäkringen bli ogiltig alternativt kan ersättningen komma att sättas ned eller helt utebli och försäkringen sägas upp eller ändras. Jag/vi samtycker till att WellCare och försäkringsbolaget får utföra all behandling och registrering av mina personuppgifter som behövs för att behandla min ansökan, administrera beviljade försäkringar och sammanställa statistik. Jag/vi intygar även att jag har läst försäkringsinformationen.

Underskrift av försäkringstagare		Underskrift av medförsäkrad	
_____	_____	_____	_____
Ort	Datum	Ort	Datum
_____	_____	_____	_____
Underskrift	Namnförtydligande	Underskrift	Namnförtydligande

Försäkringsbolag är Vardia Insurance Group a/som i Sverige företräds av White Label Care (556751-0424) avseende sjukvårdsförsäkring.

Ansökan tillsammans med hälsodeklarationer skickas till: WellCare Sweden AB, Skeppargatan 8, 114 52 Stockholm

Tfn: +46 8 612 06 10, Fax: +46 8 612 41 95, E-post: wellcare@wellcare.se