



ANSÖKAN

ABONNEMANG & SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING

**Ansökan avser:**

Nyansökan Ändring

Förmedlare/mäkleri	Förmedlarkod
Mäklarens/förmedlarens namn	

A Anslutning

<input type="checkbox"/> SILVER <input type="checkbox"/> GULD <input type="checkbox"/> PLATINUM Jag ansluter 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
--	--

B Följande person skall omfattas av WellCare-anslutningen

Förnamn och efternamn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
E-postadress:		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 Barn som ska anslutas - ej fyllda 18 år

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	

D Premiebetaling

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:

E 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

_____	_____
Ort	Datum
_____	_____
Underskrift	Namnförtydligande

Försäkringsbolag är Forsäkringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S som i Sverige företräds av DSS Hälsa AB (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