

Ansökningsblankett

Sveriges Foterapeuters medlemsförsäkring

PERSONUPPGIFTER

Namn
Personnummer
Faktureringsadress (ditt försäkringsbrev kommer att skickas till angiven adress)
Postnr/Ort
E-post
Telefonnummer/Bostad
Mobilnummer

Ja tack, maila mig försäkringsbrev och faktura till ovannämnd e-post

FÖRETAGSUPPGIFTER

Ditt Företagsnamn
Organisationsnummer
Adress Försäkringsställe (adressen där du bedriver din verksamhet)
Postnummer/Ort
Telefonnummer

<input type="checkbox"/>	Jag arbetar ambulerande	
<input type="checkbox"/>	Jag hyr in mig på annan salong/ jag har mottagning hemma	Ange adress

VAL AV FÖRSÄKRING

<input type="checkbox"/>	Jag önskar teckna behandlingsskadeförsäkring och företagsförsäkring (för dig som egen företagare)	Ange önskat startdatum
<input type="checkbox"/>	Jag önskar teckna endast behandlingsskadeförsäkring (för dig som är anställd eller egen företagare med företagsförsäkring i annat försäkringsbolag)	Ange önskat startdatum
<input type="checkbox"/>	Jag önskar också teckna sjukavbrottsförsäkring	Ange önskat startdatum

Ifylld blankett ska skickas till Arctic, Box 2003 141 02 Huddinge eller per mail foretag@arctic.se.



Arctic Försäkringsförmedlare
Box 2003, 141 02 Huddinge
av Finansinspektionen godkänd
försäkringsförmedlare

Tel: 08-746 05 60
foretag@arctic.se
www.arctic.se/fot