



INTRESSEANMÄLAN FÖRSÄKRING FÖR PRAKTIKFÖRSÄKRING

- Försäkring genom Svenska Hälso & Skönhetsterapeuternas Förbund.

Försäkringen kan tecknas av dig som är medlem i Svenska Hälso & Skönhetsterapeuternas Förbund (SHSF).

→ FÖRETAGSUPPGIFTER

| | |
|-----------------|---------------------|
| Företagets namn | Organisationsnummer |
| Årsomsättning | Antal anställda |
| Verksamhet | |
| | |
| | |
| | |

→ PERSONUPPGIFTER/KONTAKTPERSON

| | | |
|----------------|-----------|---------------------------|
| Namn | Efternamn | Personnummer - 10 siffror |
| Telefon dagtid | Mobil | Mejl |

→ FAKTURERINGSUPPGIFTER (OM ANNAT ÄN FÖRSÄKRINGSSTÄLLE)

| | | |
|--------|------------|---------|
| Adress | Postnummer | Postort |
|--------|------------|---------|

Önskad betalning
Helår Halvår (4 % tillkommer på totala årspremien)

✓ BLANKETTEN POSTAS ELLER MEJLAS TILL

Svenska Hälso & Skönhetsterapeuternas Förbund
c/o
Victoria Grepo Akademin AB
Kvarnvägen 1
194 77 Upplands Väsby
info@s-hsf.se

svedea



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

| | |
|---|------------|
| Fastighetsbeteckning (se hyreskontrakt) | Gatuadress |
| Postnummer | Postort |
| Önskat startdatum för försäkringen | |

→ EGENDOM

Vill du försäkra företagets egendom? Om ja, ange värdet för företagets:

Maskinerier

Varor

→ ARBETE HOS KUND

Arbetar du eller dina anställda ute hos kund/på företag? Om ja, tar ni med er egen utrustning ut till kunden/företaget?
Ja Nej Ja Nej

Om ni tar med er egen utrustning till kunden/företaget och vill försäkra detta, ange följande:

1. Vilken typ av utrustning tar ni med er? (t.ex. behandlingsmaskiner, dator)
2. Vad är det för märke/märken på utrustningen?
3. Vad är värdet på utrustningen, det vill säga vad skulle det kosta att skaffa likvärdiga produkter igen?

→ SKADOR

Har du haft några skador i verksamheten under de tre senaste åren? Om ja, ange under "Övrig information" vilken/vilka typer av skador, när de skett (datum) och hur mycket som utbetalats till er från försäkringsbolaget.
Ja Nej

→ 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 Svedea AB då det ligger till grund för mitt försäkringsskydd.

Underskrift

| | | |
|---------------|----------------------|-------------------|
| Ort och datum | Firmatecknarens namn | Namnförtydligande |
|---------------|----------------------|-------------------|

✓ **BLANKETTEN POSTAS ELLER MEJLAS TILL**

Svenska Hälsa & Skönhetsterapeuternas Förbund
c/o
Victoria Grepo Akademin AB
Kvarnvägen 1
194 77 Upplands Väsby
info@s-hsf.se

