



**Avanmälan till Gruppförsäkring för medlem 2021**

**Avtal 2000**

Personnummer anställd (GM)	Namn medlem	Medlem fr. o m (år, månad, dag)
Personnummer make/sambo	Namn make/sambo	Tfn dagtid
Utdelningsadress	Postnummer och postort	

Efter den kostnadsfria tiden önskar jag inte vara ansluten till nedanstående försäkringar:

(Markera med ett kryss)

- Livförsäkring 10 Pbb
- Olycksfallsförsäkring 30 Pbb
- Sjukkapital 10 Pbb
- Sjukförsäkring 1700 kr ersättning / månad

Jag avsäger mig försäkringen p.g.a. att jag inte vill ha den eller p.g.a. att jag inte är fullt arbetsför \*.

\* Fullt arbetsför är den som

- kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar, inte tar emot eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom eller olycksfall
- inte av hälsoskäl har särskilt anpassat arbete, lönebidragsanställning eller motsvarande
- inte varit sjukskriven mer än 14 dagar i följd de senaste tre månaderna.

Jag är medveten om att jag i framtiden måste lämna hälsodeklaration för att få komma med i försäkringen.

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Avanmälan sänds till: Max Matthiessen AB, Grupp Liv, Box 5908, 114 89 Stockholm. Du kan också avanmäla din försäkring genom att skicka ett e-postmeddelande till nedanstående adress. Ange då personnummer, avtal 2000 – Fysioterapeuterna samt vilka försäkringar du vill säga upp.

**Har du frågor eller andra funderingar?**

**Max Matthiessen nås på telefon 08- 613 03 14 alternativt på e-mail [grupp@maxm.se](mailto:grupp@maxm.se)**