



# Ansökan betalningsskydd plus.

Lägg i ansökan i det bifogade svarskuvertet eller skicka den i ett kuvert till:

Frisvar, Svenska Golfbundet, c/o EnterCard, kundnr 20507300, 110 00 Stockholm.

Du kan också faxa till faxnr: 08-21 15 41.

Betalningsskyddet träder in om du t.ex. skulle drabbas av en långvarig sjukskrivning, bli uppsagd av din arbetsgivare (gäller ej egenföretagare), bli inlagd på sjukhus (gäller endast egenföretagare), få en allvarlig sjukdom eller avlider. Vid ett godkänt försäkringsfall avseende sjukskrivning, arbetslöshet eller sjukhusvistelse ersätter betalningsskyddet dig i maximalt ett år, förutom för sjukhusvistelse då ersättning betalas i maximalt 90 dagar. Ersättningen vid dödsfall och allvarlig sjukdom löser hela ditt utestående skuldsaldo vid tidpunkten för skadehändelsen. Betalningsskyddet kostar 0,60% av utestående skuldsaldo per månad och faktureras på din månadsräkning. För egenföretagare är premien 0,50% av utestående skuldsaldo per månad.

Personnummer

Jag är egenföretagare med org.nr.

Efternamn

Förnamn

Gatuadress

Postnummer

Ort

Mobilnummer

Telefon dagtid

E-postadress

**Ja, jag vill teckna Betalningsskydd Plus för ovanstående kort och intygar därmed att jag;**

- är huvudkortsinnehavare av ovanstående kort
- är mellan 18-65 år och
- är folkbokförd i Norden

**För att ha möjlighet att få ersättning vid skada intygar undertecknad även att jag;**

- har en tillsvidareanställning eller en tidsbegränsad anställning i form av vikariat, behovsanställning alternativt visstidsanställning, och arbetar minst 60 timmar per månad alternativt är egenföretagare
- ej känner till någon sjukdom eller skada och
- ej känner till någon förestående arbetslöshet eller förestående arbetsoförmåga

**För samtliga krav för att få ersättning, se de fullständiga försäkringsvillkoren.**

Jag har tagit del av försäkringssammanfattningen, information om Försäkringsförmedlarlagen samt Distans och Hemförsäljningslagen, se nästa sida. Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är fullständiga och riktiga. Jag har tagit del av och godkänner villkoren för Betalningsskydd Plus.

Ort och datum

Sökandes underskrift

Namnförtydligande (var god texta)