



Ansökan betalningsskydd plus.

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

Frisvar, Svenska Golfförbundet, 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 240 dagar, 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.

SÖKANDE

Personnummer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Jag är egenföretagare med org.nr.	<input type="text"/>
Efternamn	<input type="text"/>	Förnamn	<input type="text"/>
Gatuadress	<input type="text"/>		
Postnummer	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>	Telefon dagtid	<input type="text"/>
E-postadress	<input type="text"/>		

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.

UNDERSKRIFT

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)