



## Ansökan om Tjänstereseförsäkring (Årsavtal)

Företagets/försäkringstagarens fullständiga namn		
Adress		
Postnummer/postadress		
Organisationsnummer	Telefonnummer	
Kontaktperson	Ev.direktnummer	E-post
Begynnelsedag/avtalstid (ÅÅÅ/MM/DD)		
<b>Avtalstiden är ett år om inte annat avtalats. Avtalet förlängs därefter med ett år i sänder, om det inte sägs upp av endera parten senast en månad före förfallodagen.</b>		
Medförsäkrade bolag	Organisationsnummer	
Antal anställda	Antal resdagar inrikes (per år)	Antal resdagar utrikes (per år)
<b>Välj dödsfalls- och invaliditetsbelopp vid olycksfall. (1 basbelopp (bb) = 39.700 SEK år 2006)</b>		
10 bb / 18 bb	13 bb / 26 bb	Andra basbelopp ___ / ___
Noteringar		
Mäklare/Ombud	Telefonnummer	E-post
Ort	Datum (ÅÅÅÅ/MM/DD)	
Underskrift av behörig firmatecknare eller ombud (om ni sänder ansökan per post)		
Namnförtydligande (om ni sänder ansökan per post)		

### Alternativ

1. Fyll i dokumentet och tryck på knappen för elektronisk överföring till Europ Assistance.

(du kommer att mottaga en bekräftelse per E-post till den mailadress du angivit)

2. Sänd ansökan till:  
Europ Assistance Scandinavia AB  
Box 44095  
100 73 Stockholm

Tel. +46 8 587 717 00  
Fax: + 46 8 660 23 90  
sales@europ-assistance.se  
www.europ-assistance.se