

Intyg om full arbetsförhet vid ändring av individuell försäkring (privatpersoner, företagare)

Namn	Personnr	Försäkringsnr
------	----------	---------------

Jag intygar

- att jag kan fullgöra mitt vanliga arbete utan inskränkningar,
- att jag inte uppbär sjuklön från arbetsgivare eller ersättning från Försäkringskassan (sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning, även vilande eller tidsbegränsad, handikappersättning eller annan liknande ersättning),
- att jag inte har särskilt anpassat arbete eller lönebidragsanställning,
- att jag inte har varit sjukskriven mer än 30 dagar i en följd under de senaste 360 dagarna.

Observera att oriktig eller ofullständig uppgift kan medföra att försäkringen blir helt eller delvis ogiltig

Om du inte är fullt arbetsför måste du fylla i en hälsodeklaration. Du kan även fylla i en hälsodeklaration om du känner dig osäker eller på annat sätt vill lämna kompletterande uppgifter.

Ort	Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-----	-------	--------------	-------------------