

Ansökan

**Företagsförsäkring för enskild firma  
för medlemmar i Musikerförbundet och Företagsservice**Försäkringsgivare: Folksam  
Organisationsnummer: 502006-1619Datum  
\_\_\_\_\_Anmälan e-postas till: [forsakring@musikerforbundet.se](mailto:forsakring@musikerforbundet.se)  
Spara dokumentet för framtida ändringar.**Ansökan avser**Ny försäkring     Ändring av försäkring     Annullation **Försäkringstagare**

Företagsnamn	Organisationsnummer
Försäkringsställe/adress	Fastighetsbeteckning
Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon dagtid, även riktnr
Postnr och ortnamn	Mobiltelefon
E-post	

**För försäkringen gäller**

Försäkringsbelopp i kronor*	Premie i kronor	Försäkringsvillkor
100 000	<input type="checkbox"/> 1 500 kr	Firmatecknare ska vara medlem i Musikerförbundet F
250 000	<input type="checkbox"/> 2 100 kr	samt Företagsservice
500 000	<input type="checkbox"/> 3 900 kr	
750 000	<input type="checkbox"/> 4 800 kr	
1 000 000	<input type="checkbox"/> 6 000 kr	Försäkringens begynnelse dag:

\* Försäkringslokal ska uppfylla fastställda skyddskrav. För försäkringsbelopp 100 000 kronor i bostaden gäller skyddskrav enligt skyddsklass 1. På annan adress gäller skyddskrav enligt skyddsklass 2.

För försäkringsbelopp 250 000 kronor respektive 500 000 kronor gäller skyddskrav enligt skyddsklass 2.

För försäkringsbelopp 750 000 kronor respektive 1 000 000 kronor gäller skyddskrav enligt skyddsklass 3.

För information om skyddsklasser kontakta en låssmed ansluten till Sveriges Låsmästares Riksförbund (SLR) eller ta del av Svenska stöldskyddsföreningens (SSF:s) kostnadsfria rådgivning för råd och för installation av godkända låsanordningar.

**Företaget**

Antal sysselsatta* i företaget?	Antal:
Bedriver företaget verksamhet inom musikområdet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har företaget drabbats av någon skada under de tre senaste åren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har företagets försäkring/ar sagts upp av något annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

\*Företag med högst fem sysselsatta (inklusive ägare).

**Underskrift av försäkringstagaren**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Försäkringstagare/firmatecknare \_\_\_\_\_