



Småbedriftsforbundet

– sammen er vi sterkere

Småbedriftsforbundet

Postboks 164 Torshov

0413 OSLO

Tlf.: 22 35 51 00 Fax: 22 35 51 01

www.smaabedriftsportalen.no

Tilbud på Yrkesskadeforsikring

Alle felt må fylles ut

Org.nr.:		Kundenr.:	
Navn/Firma:			
Daglig leder:			
Postadresse:			
Postnr.:		Poststed:	
Telefon:		Telefaks:	
Mobil:			
E-post:			
Næringskode:			
Bransjebeskr.:			

Følgende ansatte skal være med i forsikringstilbudet.

Yrkesgruppe	Antall ansatte	Antall årsverk	Pris kr.*
Kontor/administrasjon			
Sum antall ansatte/årsverk			
Fritidsulykke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Tilbudet er forutsatt av overnevnte informasjon er riktig.		*Total årspremie inkl. adm.godtgjørelse	

* Utfyllingsfelt for Småbedriftsforbundet.

Yrkesskadeforsikringen gjelder iht. Lov om Yrkesskadeforsikring av 16. juni 1989 nr. 65
I tillegg til standard dekning iht. loven, er forsikringen utvidet til å omfatte direkte reiser til
og fra fast arbeidssted. (Spesifisert i vilkår.)

Forsikringen skal gjelde fra:	Tilbudet gjelder frem til*:
-------------------------------	-----------------------------

Sted/dato*.....Signatur*.....

<input type="checkbox"/> Ja, som medlem i SBF ønsker vi å benytte overnevnte forsikringstilbud.
<input type="checkbox"/> Ja, vi ønsker å benytte overnevnte forsikringstilbud, og blir samtidig medlem i Småbedriftsforbundet.
Dato: Signatur: