

**ŠKODA**

ŠKODA Financial Services

Ändring ŠKODA Leasingskydd Företag

Företag/försäkringstagare

Företagets namn

Organisationsnummer

Telnr firmatecknare

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1. Ändring av försäkrat fordon – flytt av befintligt ŠKODA Leasingskydd till nytt fordon

Regnr på det fordon som är försäkrat: _____ Regnr på det fordon som ska försäkras: _____

2. Ändring av försäkrade

Följande personer ska omfattas av försäkringen

Ange i procent hur mycket varje person ska omfattas av försäkringen. OBS! Endast de som anmälts som försäkrade kan omfattas av försäkringen. Du kan fördela enligt följande procentsatser: 25, 50, 75 eller 100%, totalt 100% för samtliga försäkrade.

Förnamn, efternamn	Personnr	Procent
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uppfyller samtliga sökande teckningsreglerna? Ja

Följande personer ska inte längre omfattas av försäkringen

Förnamn, efternamn	Personnr	Procent
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Den som ska försäkras ska:

- > ha fyllt 18 men inte 64 år
- > vara fullt arbetsför¹⁾,
- > vara folkbokförd i Sverige, samt vara inskriven i svensk försäkringskassa eller motsvarande norsk eller dansk instans
- > vara tillsvidareanställd²⁾ hos leasingtagaren eller vara den som tecknat leasingavtalet, sedan minst 6 månader innan anslutningen till försäkringen

1) Fullt arbetsför innebär att den försäkrade kan fullgöra sitt vanliga arbete utan inskränkningar och inte uppbär eller har rätt till ersättning som har samband med sjukdom och/eller olycksfall, inte på grund av psykisk och/eller fysisk funktionsnedsättning har särskilt anpassat arbete eller arbete med lönebidrag. För att uppfylla kravet på fullt arbetsför får den sökande inte heller ha uppburit ersättning för sjukdom och/eller olycksfall mer än 30 dagar under den senaste 360-dagarsperioden.

2) En tidsbegränsad anställning med en avtalad anställningstid på minst 12 månader jämförs i dessa villkor med en tillsvidareanställning.

Underskrift försäkringstagare:

Jag har tagit del av förköpsinformationen. Jag intygar att de uppgifter som lämnas i denna ansökan är fullständiga och korrekta. Jag intygar att alla gruppmedlemmar som uppgetts i denna ansökan är fullt arbetsföra¹⁾ och uppfyller förutsättningarna för att få teckna försäkringen. De uppgifter jag lämnar i denna ansökan ska ligga till grund för gruppavtal och försäkringsavtal. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Fullständig information om försäkringsgivarnas behandling av personuppgifter framgår av förköpsinformationen.

Ort och datum (År/Mån/Dag)

Underskrift

Namnförtydligande

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Blanketten skickas till: BNP Paribas Cardif, Box 24110, 400 22 Göteborg.

Försäkringsgivare är BNP Paribas Cardif Försäkring AB och BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB. Försäkringen administreras av Volkswagen Finans Sverige AB.

Under det gemensamma varumärket ŠKODA Financial Services erbjuds serviceavtal genom Volkswagen Service Sverige AB, org nr 556944-2253, försäkring genom BNP Paribas Cardif Livförsäkring AB, org. nr 516406-0559 och BNP Paribas Cardif Försäkring AB, org.nr 516406-0567, försäkringen förmedlas av Volkswagen Finans Sverige AB, och bilfinansiering genom Volkswagen Finans Sverige AB (publ) org nr 556258-8904, helägt dotterbolag inom Volkswagen Group.