

Ansökan - Mäklarsamfundets försäkringsprogram 2025

Mäklarsamfundets försäkringsprogram är en exklusiv försäkringslösning för dig som medlem i Mäklarsamfundet. Försäkringarna har förmånliga premier och är utarbetad av Mäklarsamfundet i samarbete med försäkringsförmedlaren WTW. Gemensam huvudförfallodag för alla som tecknar försäkring i Mäklarsamfundets försäkringsprogram är 1 januari. I broschyren Mäklarsamfundets Försäkringsprogram 2025 finns förköpsinformation för nedan försäkringar.

Försäkringstagare, juridiskt firmanamn		Organisationsnummer
Driftsnamn		Telefon
Postadress	Postnummer	Ort
Kontaktperson, för- och efternamn	Mobil	E-post
Medförsäkrat bolag, juridiskt firmanamn		Organisationsnummer
Postadress	Postnummer	Ort

Tilläggsförsäkringar till grundförsäkring (grundpaketet) tecknad genom Mäklarsamfundet

Försäkringstagare, För och efternamn		Mäklarnummer hos Mäklarsamfundet eller personnummer			
Markera vald tilläggsförsäkring	Markera valt försäkringsbelopp (Mkr)	Ange begynnelse datum			
<input type="checkbox"/> Förhöjt försäkringsbelopp Grundpaket	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25				
<input type="checkbox"/> Förmedling rörelse, bolag och entreprenad	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25				
<input type="checkbox"/> Mäklarassistent					

Kontorsförsäkring – Kombinerad företagsförsäkring

Försäkringsställe, gatuadress	Antal fastighetsmäklare	Ange begynnelse datum
Filialkontor gatuadress	Postnummer	Ort

Tillval till Kontorsförsäkring

Markera vald tilläggsförsäkring	Ange begynnelse datum
<input type="checkbox"/> Förhöjt försäkringsbelopp Rättsskyddsförsäkring	Ange begynnelse datum
<input type="checkbox"/> Självriskreducering	Ange begynnelse datum
<input type="checkbox"/> Ren förmögenhetsskada	Ange begynnelse datum

Fortsättning på nästa sida →

Sjukavbrottsförsäkring - Tilläggsförsäkring till kontorsförsäkring		
Försäkringstagare, För och efternamn	Personnummer	Ange begynnelse datum
Markera valt försäkringsbelopp		
<input type="checkbox"/> 100 000 kr <input type="checkbox"/> 200 000 kr <input type="checkbox"/> 300 000 kr <input type="checkbox"/> 400 000 kr <input type="checkbox"/> 500 000 kr <input type="checkbox"/> 600 000 kr <input type="checkbox"/> 700 000 kr <input type="checkbox"/> 800 000 kr		
Är du frisk och arbetsför?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej*
Har du under de senaste fem åren varit sjukskriven eller arbetsoförmögen (helt eller delvis) mer än 14 dagar i sträck?	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nej
*Vänligen kontakta Mäklarservice, så att vi kan skicka er hälsodeklaration som då ska bifogas anmälan.		

Försäkringsgivaren kommer att behandla försäkringstagarens personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen (Förordning (EU) 2016/679), inklusive alla tillämpliga lagar som rör behandling av personuppgifter och skyddet för den personliga integriteten hos fysiska personer ("Förordningen"). Syftet med behandlingen är fullgörandet av de avtalsenliga åtagandena mot försäkringstagaren. Personuppgifterna utgör vidare underlag för marknads- och kund- analys, affärs- och metodutveckling, statistik, riskhantering, marknadsföring och service i övrigt. Personuppgifterna kan komma behandlas av andra bolag som försäkringsgivaren samarbetar med för utförandet av det uppdrag försäkringsgivaren har gentemot försäkringstagaren. Har försäkringstagaren några frågor om detta går det bra att kontakta försäkringsgivarens dataskyddsbud. Enligt Förordningen har försäkringstagaren rätt att begära information om och rättelse av de personuppgifter som behandlas. Försäkringstagaren kan därför kostnadsfritt ta del av de registrerade uppgifterna en gång per år. Sådan begäran framställs till dataskyddsbudet på adress - If Kundservice, Att: Dataskyddsbud. Box 190, 851 03 Sundsvall eller Svedea AB, Att: Dataskyddsbud, Box 3489, 103 69 Stockholm och ska vara undertecknad av den sökande. Önskar försäkringstagaren begära rättelse av felaktig personuppgift, vänligen kontakta dataskyddsbudet.

Jag samtycker också till att den information jag lämnar i denna ansökan och i övrigt i samband med Mäklarsamfundets gruppörsäkring, inklusive information som utgör personuppgifter, om gruppörsäkringsavtalet sägs upp, får användas av min medlemsorganisation Mäklarsamfundet som personuppgiftsansvarig för att kunna anordna en ny försäkring. Jag är medveten om och samtycker till att Mäklarsamfundet kan komma att dela mina personuppgifter med annan part, t.ex. försäkringsbolag, för detta ändamål.

Vid frågor eller om du önskar de fullständiga villkoren är du välkommen att kontakta Mäklarservice, maklarservice@wtwco.com eller 08-546 359 90.

Jag intygar att samtliga uppgifter i denna ansökan och eventuella bilagor är riktiga samt korrekta.

Datum	Ort	Försäkringstagarens/firmatecknarens namnteckning

Anmälan skickas till maklarservice@wtwco.com eller WTW, Mäklarservice, Box 7273, 103 89 Stockholm.