

TILMELDING TIL TILLÆGSFORSIKRING VED ARBEJDSLØSHED FOR SELVSTÆNDIGE ERHVERVSDRIVENDE Gennem MAGISTRENES A-KASSE - MA

Tillæggsforsikring ved arbejdsløshed gennem MA er en forsikring, der supplerer arbejdsløshedsdagpenge i en arbejdsløshedsperiode. Forsikringen etableres i Topdanmark Livsforsikring A/S (herefter Topdanmark).

Ved din underskrift erklærer du, at du er medlem af MA, at du er mellem 18 og 56 år og selvstændig erhvervsdrivende på etableringstidspunktet og at du ikke har modtaget ydelser fra en lignende privat arbejdsløshedsforsikring inden for de seneste 2 år.

Navn		CPR-nr.	
Adresse		Postnr. & by	
Arbejdsgiver		Stilling	
Telefonnummer			

Dækningssum			
<input type="checkbox"/> 2.000 kr.	<input type="checkbox"/> 10.000 kr.	<input type="checkbox"/> 18.000 kr.	<input type="checkbox"/> 26.000 kr.
<input type="checkbox"/> 4.000 kr.	<input type="checkbox"/> 12.000 kr.	<input type="checkbox"/> 20.000 kr.	<input type="checkbox"/> 28.000 kr.
<input type="checkbox"/> 6.000 kr.	<input type="checkbox"/> 14.000 kr.	<input type="checkbox"/> 22.000 kr.	<input type="checkbox"/> 30.000 kr.
<input type="checkbox"/> 8.000 kr.	<input type="checkbox"/> 16.000 kr.	<input type="checkbox"/> 24.000 kr.	<input type="checkbox"/> 32.000 kr.

Sæt kryds ud for den ønskede dækningssum.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Selvrisikoperiode</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1 måned</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 måneder</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 måneder</td></tr> </table>	Selvrisikoperiode	<input type="checkbox"/> 1 måned	<input type="checkbox"/> 2 måneder	<input type="checkbox"/> 3 måneder	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Udbetalingsperiode pr. arbejdsløshedsperiode</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6 måneder</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12 måneder</td></tr> </table>	Udbetalingsperiode pr. arbejdsløshedsperiode	<input type="checkbox"/> 6 måneder	<input type="checkbox"/> 12 måneder	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left;">Max. udbetalingsperiode i forsikringstiden</th></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 24 måneder</td></tr> </table>	Max. udbetalingsperiode i forsikringstiden	<input checked="" type="checkbox"/> 24 måneder
Selvrisikoperiode											
<input type="checkbox"/> 1 måned											
<input type="checkbox"/> 2 måneder											
<input type="checkbox"/> 3 måneder											
Udbetalingsperiode pr. arbejdsløshedsperiode											
<input type="checkbox"/> 6 måneder											
<input type="checkbox"/> 12 måneder											
Max. udbetalingsperiode i forsikringstiden											
<input checked="" type="checkbox"/> 24 måneder											

Sæt kryds ud for hhv. den ønskede selvrisikoperiode og udbetalingsperiode pr. arbejdsløshedsperiode.

Præmien opkræves via Betalingservice

Oplysninger i forbindelse med opkrævning via Betalingservice			
Reg.nr.		Kontonr.	
			Kontohavers cpr-nr.
			Kontohavers underskrift

Vigtige informationer

Jeg er klar over at forsikringen dækker, hvis jeg bliver ufrivilligt arbejdsløs efter ikrafttrædelsesdatoen.

Jeg er klar over, at den samlede månedlige udbetaling i anledning af arbejdsløshed inklusiv eventuel indtægt fra deltidsarbejde, aktivering, arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge og andre lignende forsikringsdækninger maksimalt kan udgøre 85 % af min arbejdsfortjeneste eksklusiv arbejdsmarkedsbidrag (AMB) før arbejdsløshedsperiodens begyndelse.

Jeg er klar over at beregningen af min løn sker ud fra arbejdsløshedsforsikringslovens regler og tilhørende bekendtgørelser og at fx arbejdsgiver betalte pensionsbidrag m.v. ikke medregnes ved beregningen af min løn.

Selvrisikoperiode:

Ved selvrisikoperiode forstås den periode, der skal gå fra en arbejdsløshedsperiode begynder til udbetaling fra forsikringen starter. En arbejdsløshedsperiode omfatter ikke den periode, hvor forsikrede modtager løn fra arbejdsgiveren fx ved fritstilling. Jeg er klar over at jeg skal være dagpengeberettiget og stå til rådighed for arbejdsmarkedet i selvrisikoperioden. Eventuelle overskydende timer efter a-kassens opgørelse skal afvikles, før selvrisikoperioden begynder.

Initialkarens:

Jeg er klar over at denne forsikring er omfattet af en initialkarens på 9 måneder. Ved initialkarens forstås den periode, der starter ved ikrafttrædelsesdatoen. Jeg er klar over, at hvis jeg i denne periode ophører med at drive selvstændig virksomhed som hovedbeskæftigelse enten på mit eget initiativ eller pga. konkurs, betalingsstandsning, akkord eller lignende er der ingen dækning fra forsikringen.

Beskæftigelseskrav:

Jeg er klar over at denne forsikring er omfattet af et beskæftigelseskrav på 12 måneder. Ved beskæftigelseskrav forstås den sammenhængende periode, hvor man skal have været i arbejde umiddelbart forud for den første gang man er dækningsberettiget pga. ufrivillig arbejdsløshed.

Forsikringen træder i kraft den 1. i måneden efter Topdanmark har modtaget denne tilmeldingsblanket i udfyldt og underskrevet stand. Forsikringsbetingelserne for tillæggsforsikring ved arbejdsløshed specificerer dækningsomfang og begrænsninger for forsikringen.

Når Topdanmark har modtaget tilmeldingsblanketten, vil Topdanmark sende forsikringsmeddelelse og opkrævning til forsikringstageren. Opkrævningen på forsikringen sker første gang ved tilmeldingen og herefter hvert kvartal. Sammen med første præmie betales lovpligtig stempelafgift til staten. Forsikringsbetingelserne kan du finde på www.topdanmark.dk/betingelser.

Samtykke

Jeg er indforstået med, at Topdanmark kan give MA oplysning om, at jeg har tegnet forsikringen og holde MA underrettet om kunde-
forholdets beståen og ophør. Jeg bekræfter endvidere, at Topdanmark til enhver tid kan kontrollere hos MA, at jeg fortsat har det
medlemskab af MA, som er en betingelse for forsikringsforholdet.

Jeg er endvidere indforstået med, at Topdanmark kan forestå indberetningen af præmieindbetalinger og udbetalinger fra forsikrin-
gen til SKAT.

Forsikringstagerens underskrift

Dato		Underskrift	
------	--	-------------	--

Blanketten skal indsendes til Topdanmark Livsforsikring A/S, Borupvang 4, 2750 Ballerup.