

Gruppvavtalsnr

Administrationsenhet

Företagets eller organisationens namn

För att få teckna Sjukvårdsförsäkring Barn ska anställd/medlem ha en Sjukvårdsförsäkring genom gruppörsäkring för företag med minst tio medarbetare.

Anställd/Medlem

För- och efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Postnummer och ort	E-post	

Barn

För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer
För- och efternamn	Personnummer

Vänligen observera att ersättning inte betalas för befintliga sjukdomar eller besvär som ditt barn har när du köper försäkringen.
Efter 24 behandlingsfria månader tillämpas inte begränsningen längre.

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om Sjukvårdsförsäkring Barn.
De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet.

Datum (ÅÅ-MM-DD)	Vårdnadshavarens/gruppmedlems namnteckning
------------------	--

För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor finns på lansforsakringar.se/halsa

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Personrisk/Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
839 82 Östersund