

Ansökan lämnar du till din gruppföreträdare på företaget/organisationen.

Gruppvavtalsnr
----------------

Administrationsenhet
----------------------

### Företagets eller organisationens namn

----------

För att få teckna Sjukvårdsförsäkring Barn ska anställd/medlem ha en Sjukvårdsförsäkring genom gruppförsäkring 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 intygar att ovanstående lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Jag bekräftar att jag i samband med denna ansökan tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om Sjukvårdsförsäkring Barn.

Datum	Vårdnadshavarens/gruppmedlems namnteckning
-------	--

För- och efterköpsinformation och fullständiga villkor finns på [lansforsakringar.se/halsa](http://lansforsakringar.se/halsa)

### Ansökan skickas till

Länsförsäkringar  
Hälsa Kundservice  
Postskanning  
FE 1667  
838 83 Frösön