

**Gör så här:**

- Använd blå/svart bläckpenna.
  - Fyll i samtliga uppgifter.
  - Skriv under ansökan och "Barnets hälsa".
  - Om du har ändrat en fråga i "Barnets hälsa", skriv under vid korrigerig.
- En ofullständigt ifyllt handling måste vi skicka tillbaka till dig, vilket gör att handläggningstiden blir längre.

<input type="checkbox"/> Nyteckning
<input type="checkbox"/> Höjning
<input type="checkbox"/> Omprövning/ efterprövning

Fylls i av Länsförsäkringar	
Försäkringsnummer	
RB finns	RB finns ej
Länsförsäkringsbolagsnummer	

**Försäkrat barn**

Efternamn – tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort

**Försäkringstagare**

Efternamn – tilltalsnamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefon dagtid (även riktnr)
E-postadress	Mobilnummer	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)

**Jag vill ansöka om en (ange önskat alternativ)**

<input type="checkbox"/> Olycksfalls- och sjukförsäkring (Barnförsäkring)	<input type="checkbox"/> Endast olycksfallsförsäkring (gäller inte vid sjukdom)
---	---

**Försäkringsbelopp (ange önskat alternativ)**

<input type="checkbox"/> 10 prisbasbelopp	<input type="checkbox"/> 20 prisbasbelopp	<input type="checkbox"/> 30 prisbasbelopp	<input type="checkbox"/> 40 prisbasbelopp	<input type="checkbox"/> 50 prisbasbelopp
---	---	---	---	---

**Gravidförsäkring Plus**

Är Gravidförsäkring Plus tecknad i Länsförsäkringar  Ja Ange den gravidas personnummer \_\_\_\_\_

Om det finns en betald och gällande Gravidförsäkring Plus och du tecknar barnförsäringen innan barnet fyllt 6 månader, sänker vi priset på barnförsäringen med 500 kronor det första året.

**Jag vill betala med**

<input type="checkbox"/> Autogiro månad	<input type="checkbox"/> Autogiro halvår	<input type="checkbox"/> Autogiro helår	<input type="checkbox"/> Avi/helår	<input type="checkbox"/> Avi/halvår
---	--	---	------------------------------------	-------------------------------------

För att betala din försäkring via autogiro behöver du fylla i en autogiroansökan. Blanketten hittar du på vår webbplats [lansforsakringar.se](http://lansforsakringar.se)

**Försäringen ska börja gälla**

Försäringen kan tidigast träda i kraft dagen efter den dag du ansökte om försäringen. Försäringen kan senast träda i kraft tre månader dagen efter det att fullständig ansökan undertecknades.	<input type="checkbox"/> Annat datum (år-mån-dag)
--	---

**Ersätta annan försäkring**

Ska denna försäkring ersätta annan Olycksfall- eller Sjukförsäkring i Länsförsäkringar eller annat försäkringsbolag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om den finns i Länsförsäkringar, ange försäkringsnummer :
--	--	---

**Information till försäkringstagaren, den försäkrade och premiebetalaren**

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare, förmänstagare och panthavare. Uppgifterna används för att vi ska kunna fullgöra vår del av avtalet, framställa rättsliga anspråk, ge en god service, marknadsföring, statistik samt i övrigt kunna uppfylla de krav som ställs på vår verksamhet. Uppgifterna är främst avsedda att användas inom länsförsäkringsgruppen, men kan komma att lämnas ut till andra företag, föreningar eller organisationer som Länsförsäkringar samarbetar med. Uppgifterna inhämtas normalt direkt från den registrerade, men för vissa försäkringar även från arbetsgivare eller annan. Länsförsäkringar kan även komma att spela in eller på annat sätt dokumentera den enskildes kommunikation med oss. Personuppgiftsansvarig är din försäkringsgivare. Som fysisk person kan du genom skriftlig ansökan, en gång om året, kostnadsfritt begära att få besked om vilka personuppgifter som rör dig. Du kan också begära att vi rättar felaktiga uppgifter som rör dig. Länsförsäkringar kan komma att arkivera ansökningshandlingar och övriga uppgifter oavsett om ansökan bifalls eller inte.

**Underskrift av försäkringstagare (kom ihåg att fylla i hälsodeklarationen "Barnets hälsa" för att ansökan ska bli fullständig)**

Ort och datum (år-mån-dag)	Underskrift
----------------------------	-------------

**Fylls i av mäklare/säljare**

Säljkod	Försäkringsbrev via säljare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange adress
Säljarens namn		Telefonnummer (även riktnr)