

Ansökan avser

- ☐ Ny ansökan
- ☐ Förändring/utökning av tidigare försäkringsskydd

Gruppavtalsnr

Administrationsenhet

Företagets eller organisationens namn

--

Anställd/Medlem

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

Medförsäkrad (make, sambo)

Medförsäkrads namn	Personnummer
--------------------	--------------

Underskrift

Jag har tagit del av Länsförsäkringars förköpsinformation om Sjukvårdsförsäkring. Sjukvårdsförsäkring Bas för företag och organisationer.

De uppgifter jag lämnat i den här ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet.

Datum (ÅÅ-MM-DD)	
Anställds/Medlems namnteckning	Medförsäkrads namnteckning

Ansökan skickas till

Länsförsäkringar
Personrisk/Hälsa Kundservice
Postskanning
FE 1667
839 82 Östersund

Vid förmedlarsåld försäkring
skickas ansökan till

Länsförsäkringar Mäklarservice
Försäljningssupport
FE 1643
839 82 Östersund