

**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 ifylld handling måste vi skicka tillbaka till dig, vilket gör att handläggningstiden blir längre.

- Nyteckning
- Höjning
- 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	
E-postadress	Telefon (även riktnummer)	Mobilnummer

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

Olycksfalls- och sjukförsäkring (Barnförsäkring)  Endast olycksfallsförsäkring (gäller inte vid sjukdom)

**Försäkringsbelopp (ange önskat alternativ)**

10 prisbasbelopp  20 prisbasbelopp  30 prisbasbelopp  40 prisbasbelopp  50 prisbasbelopp

**Gravidförsäkring Plus**

Är Gravidförsäkring Plus tecknad i Länsförsäkringar <input type="checkbox"/> Ja	Ange den gravidas personnummer
---	--------------------------------

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

**Jag vill betala med**

Autogiro månad  Autogiro halvår  Autogiro helår  Avi/helår  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)

**Försäkringen ska börja gälla**

Försäkringen kan tidigast träda i kraft dagen efter den dag du ansökte om försäkringen. Försäkringen kan senast träda i kraft tre månader dagen efter det att fullständig ansökan undertecknades.

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 :
--	---

**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)	