

- ☐ Nyteckning
☐ Höjning
☐ Omprövning/efterprövning
☐ Ändring

Gör så här

- Använd blå/svart bläckpenna.
 - Fyll i samtliga personuppgifter.
 - Skriv under ansökan och "Barnets Hälsa"
 - Underskriften får inte vara äldre än 14 dagar.
 - Svara på samtliga frågor.
 - Om du har ändrat en fråga i "Barnets hälsa" skriv under korrigering av fråga.
- En ofullständigt ifylld ansökan måste vi skicka tillbaka till dig.
 Det gör att handläggningstiden blir längre.

Ifylls av Länsförsäkringar

Försäkringsnummer

 Bolag **10**

Rbe

Försäkrad/Barnet

Efternamn - tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress (om annan än premiebetalarens adress)	

Försäkringstagare/Betalare

Efternamn - tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Telefon bostad (även riktnr)
Postnummer och ort	Telefon arbete (även riktnr)
E-postadress	Mobiltelefon

Försäkringsbelopp - Invaliditet

Invaliditet, medicinsk och förvärvsmässig (vid invaliditetsgrad om minst 50 % gäller dubbla försäkringsbeloppet).

- ☐
- 10 prisbasbelopp
- ☐
- 20 prisbasbelopp
- ☐
- 30 prisbasbelopp
- ☐
- 40 prisbasbelopp
- ☐
- 50 prisbasbelopp

Premie och försäkringsbelopp framgår av separat premieblad. Person som fyllt 46 år får teckna högst 40pbb i invaliditetsbelopp.

Försäkringsbelopp - Dödsfall

- ☐
- 0,5 prisbasbelopp
- ☐
- 1 prisbasbelopp

För försäkrad under 19 år är dödsfallsbeloppet alltid 1 prisbasbelopp.

Jag vill betala med

- ☐ Faktura/helår
 ☐ Faktura/halvår

- Önskas autogiro fyller ni i bifogad ansökan om autogiro.
 - Jag vill betala denna försäkring **med befintligt** autogiro per ☐ Månad ☐ Halvår ☐ Helår

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 försäkring i annat bolag ber vi er att inte säga upp den innan ni fått bedömning/försäkringsbrev ifrån oss.	☐ Ja ☐ Nej	Om den finns i Länsförsäkringar, ange försäkringsnr
--	--	---

Information till försäkringstagaren, den försäkrade och premiebetalaren

Länsförsäkringar kommer att behandla vissa personuppgifter om försäkringstagare, försäkrade, medförsäkrade, premiebetalare, förmånstagare 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 (glöm inte att fylla i hälsodeklarationen "Barnets hälsa" för att ansökan ska bli fullständig)

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Ifylls av säljare / mäklare

Säljkod	Försäkringsbrev via säljare? ☐ Ja ☐ Nej	Om "Ja" ange adress
---------	---	---------------------

S

 ä
l
j
a
r