

**Gör så här:**

- Använd blå/svart bläckpenna.
  - Det är viktigt att fylla i alla uppgifter.
- En ofullständig ifylld handling måste vi skicka tillbaka till dig, vilket gör att handläggningstiden blir längre.

 Nyteckning

 Ändring

Fylls i av Länsförsäkringar

Försäkringsnummer	
RB finns	RB finns ej
Länsförsäkringsbolagsnummer	

**Försäkrad**

Efternamn - tilltalsnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon (även riktnummer)	Mobilnummer

**Försäkringstagare (om annan än försäkrad)**

Efternamn - tilltalsnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress	Telefon (även riktnummer)	Mobilnummer

**Försäkringens omfattning**

Försäkringen är värdesäkrad genom att de flesta ersättningsbeloppen är knutna till prisbasbeloppet. Prisbasbeloppet är det belopp som fastställs av regeringen och används vid uträkning av till exempel pensioner.

- Invaliditet, kapitalbelopp 5 prisbasbelopp, 10 prisbasbelopp eller 20 prisbasbelopp
- Akutvårdsersättning vid sjukhusvistelse över natt Engångsbelopp 500 kronor
- Ersättning vid sjukhusvistelse vid olycksfall 100 kronor/dygn i max 30 dagar
- Läke- och resekostnadsersättning vid olycksfall Ingår i längst 3 år
- Tandskador vid olycksfall Högst 0,5 prisbasbelopp i längst 3 år
- Ersättning för kläder och glasögon Högst 0,25 prisbasbelopp
- Dödsfallsersättning vid olycksfall\* 0,5 prisbasbelopp

\* Dödsfallsersättning utbetalas till dödsboet

**Invaliditet, kapitalbelopp - ange önskat alternativ**
 5 prisbasbelopp   
 10 prisbasbelopp   
 20 prisbasbelopp

**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 [LFvasterbotten.se/autogiro](http://LFvasterbotten.se/autogiro).

**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**

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)	