

Ifylld ansökan skickas med post till: Försäkring Direkt, Box 38044, 100 64 Stockholm.  
Eller skanna och skicka med e-post till: kundservice@forsakringdirekt.com

Gruppmedlem	
Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer dagtid:
Postnummer & ort:	E-postadress:

Barnförsäkring Olycksfall- & Sjukförsäkring	
Barnens namn:	Barnens personnummer:

Önskad ersättningsnivå	Premie oavsätt antal barn
<input type="checkbox"/> 20 prisbasbelopp	80 kr/månad
<input type="checkbox"/> 30 prisbasbelopp	105 kr/månad
<input type="checkbox"/> 40 prisbasbelopp (kräver hälsobeskriving)	136 kr/månad
<input type="checkbox"/> 50 prisbasbelopp (kräver hälsobeskriving)	165 kr/månad

Hälsobeskrivning vid ersättningsnivåer över 30 pbb.	Ja	Nej
Har något av barnen någon funktionsnedsättning jämfört med barn i samma ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet eller misstänker ni att något av barnen har någon sjukdom eller skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är något av barnen under medicinsk utredning, kontroll eller behandling? (Förutom ordinarie BVC-besök)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är något av barnen adopterat och har vistats kortare tid än sex månader i Sverige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Barnförsäkring Sjukvårdsförsäkring**

Barnens namn:	Barnens personnummer:

<b>Premie per barn</b>	<b>Självrisk</b>
196 kr/månad	500 kr

Ort:	Namnteckning målsman:
Datum:	Namnförtydligande: